UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 67	MICROCHIP: SI Número de IV: 900255002404366	FECHA: 08-05-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Minimu				COLOR: Blanco/ Pardo	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA MESTIZO	EDAD 9A	PESO: 3.2 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___	
ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___					

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Harol Fernando Quimbayo Quintero	DIRECCION Cl 116 A Sur N° 8-44	TELEFONO 3133337769
CEDULA: 79.904.516	CORREO ELECTRÓNICO: harquimbayo3105@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Villa Anita / ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: NOVENO / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Abril 2025	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: NOV/24	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa NOV / 24

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: ___				

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de identificación:
Hard Zambrano	79.909.736

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:

91



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.904.516
QUIMBAYO QUINTERO

APELLIDOS
HAROL FERNANDO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-JUL-1976
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

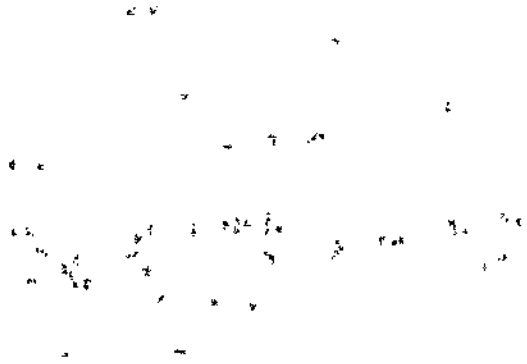
1.58 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO

31-OCT-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00007422-M-0079904516-20080507 0000256751A 1 1390008859



enel Bogotá

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

2052023-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347515526-1

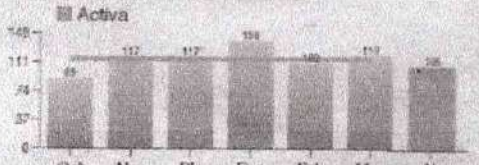
MANUELA MAYORGA QUEVEDO
CL 116 A SUR NO 8 -44
NUEVO SAN LUIS
BOGOTA, D.C. - VILLA ANITA USME

02 020 5637 / 018-19455053

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

Nuevo canal / Formulario online:

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $843,71
CONSUMO DIARIO: 3,86 kWh
VALOR DIARIO: $1.365

PERIODO FACTURADO: 27 FEB 2025 A 27 MAR 2025
DIAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES: 109 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020205637
RUTA LECTURA:	10020200719
MANZANA DE LECTURA:	M300261937
MEDIDOR NO:	018-19455053
MEDIDOR NO:	018-19455053

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

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

CÓMO PAGAR TU FACTURA

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6 B - 09
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54-28/40 Local 123 124

Línea de servicio al cliente 110

jcR26ded1-48c-8f3ce1c6207ab1228f8M-21427Daf771ed6d1096450b7b79e-b-65d617d3b

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 68	MICROCHIP: 900256002182558	FECHA: 08-05-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Calle 1			COLOR: Gris / Pardo	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: MESTIZO	EDAD: 8 MES	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 X CONCENTRADO ___ MIXTO ___ OTRO ___		
ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO: Calle				

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Calle	DIRECCION:	TELEFONO:
CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:	
BARRIO O VEREDA:	ESTRATO:	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD:	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL ___	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R
N 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/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 141 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.3 °c	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: ___				

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.3 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:

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:

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 69	MICROCHIP: 900255002182558	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES___ PROTECCION___ CALLE X ASENTAMIENTO___ HABITANTE DE CALLE___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Princesa - Calle 4			COLOR: Blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA: Mestizo	EDAD: 1 AÑO	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 X MIXTO OTRO___

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO X COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: CALLE	DIRECCION	TELEFONO
CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:	
BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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: 140 l/m	F. RESPIRATORIA: 21 r/m	TEMPERATURA: 38.3 °c	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.3 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0,2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:

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:

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 70 | MICROCHIP: 900255002404669 | FECHA: 08-05-2025

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: ingrid 2 | COLOR: calico

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: criollo | 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 X MIXTO ___ OTRO: ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: leslee tanaia jimenez fuentes | DIRECCION: cll 65 sur # 4g-16 | TELEFONO: 3196989573

CEDULA: 1000.855.574 | CORREO ELECTRÓNICO: lesleetanaiatania@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Fiscala | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

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

3. ANAMNESIS

buena salud

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

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R.

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 141 V/m | F. RESPIRATORIA: 22 r/m | TEMPERATURA: 38.6°C | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ___

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	.0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1100855579

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 1.000.855.574

Apellidos
JIMENEZ PUENTES

Nombres
LESLEE TAMARA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.57	F

Fecha de nacimiento
08 JUL 2000

Grupo sanguíneo
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D C (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
18 JUL 2018, BOGOTA D.C

Fecha de vencimiento
04 ENE 2034

Firma

.co

037127624

REGISTRADOR NACIONAL
Juanita Pinzón Caicedo

ICCOL037127624815001<<<<<<<<<<<
0007087F3401044COL1000855574<0
JIMENEZ<PUENTES<<LESLEE<TAMARA

Bogotá

ENEL-X-COLOMBIA S.A.E.S.P.
NIT 900351813-6
Calle 93 B No. 13 – 45 Piso 1

ANTONIO OLAYA
CL 65 SUR NO 4 G 18
BOGOTA, D.C. - LA FISCALA

0765325-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 350782415-2

20 002 8224 / 072-120026

Activa

	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
	134	120	168	140	152	167	169

170 / 132 / 88 / 44 / 0

VALOR kWh APLICADO: $696,43

CONSUMO DIARIO: 5,50 kWh

VALOR DIARIO: $3.467

PERIODO FACTURADO: 26 MAR/2025 A 24 ABR/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 169 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100002000026224
RUTA LECTURA:	102000309114
MANZANA DE LECTURA:	MS000259008
MEDIDOR NO:	072-120026
SUBCLASE:	Básica

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Número)

Gestiona tu cuenta de energía y realiza tu trámite de forma segura en línea. Regístrate gratis en

Bogotá Sobera y Constructora 601 5 135 115

PROMAMBIENTAL 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 139 # 54-53/49 Local 123-151

Línea de servicio al cliente 110

RED CASH

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo — Vigencias ENERO/2025

GRUPO TARIFARIO: Pequeños consumidores – NIVEL DE TENSIÓN: Nivel 1 – ACTIVIDAD ECONÓMICA: 9614 Comercialización de Energía Eléctrica Tasa: 19,04 por mil. Banco autorizado para recaudo: Caja Popular de Fe. CSU de 25 de junio de 2022, art. Régimen Cambio. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG

FECHA GENERACIÓN: 28/04/2025 00:21:22
FECHA EXPEDICIÓN: 29/04/2025 16:13:16

CUDE: 2b6550d8120c2085519294f5f4d7316fbcd91b1855816d5ca4e5d5f5e7d6d0376d45d7c5f1b6897b0d9a8d9f81d46

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 71 | MICROCHIP: SI / NO: 900255002404670 | FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES X PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ingrid 3 | COLOR: gris/naranja

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: criollo | EDAD: 10 meses | PESO: 1.7 KG | MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: leslee Tatiana Jimenez Yuentes | DIRECCION: cll 65 sur # 4g-16 | TELEFONO: 3196989573

CEDULA: 1000 855574 | CORREO ELECTRÓNICO: lesleeTatianatatiana@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Fisgala | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A. | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa N/A. | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R.

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

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

4. EXÁMEN 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: 146 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 38.7 °C | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

6. MEDICACIÓN

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratórios 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: 1000855374

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 1.000.855.574

JIMENEZ PUENTES

LESLEE TAMARA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.67	F

08 JUL 2000 A+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

18 JUL 2018, BOGOTA D.C

Firma

04 ENE 2034

.co

037127624

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL037127624815001<<<<<<<<<<
0007087F3401044COL1000855574<0
JIMENEZ<PUENTES<<LESLEE<TAMARA

Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. ESP.
NIT 900.699.053-9
Calle 80 No. 23 – 45 Piso 1

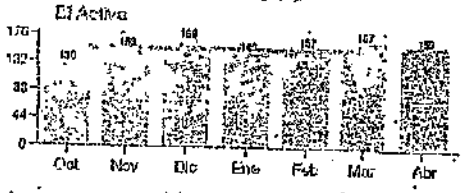
07655226-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 350782410-2

ANTONIO OLAYA
CL 65 SUR NO 4 G 16
BOGOTA, D.C. - LA FISCALA

20 002 8224 / 072-120025

El Activo



VALOR kWh APLICADO: $695,43

CONSUMO DIARIO: 5,30 kWh

VALOR DIARIO: $2.467

PERÍODO FACTURADO: 28 MAR/2025 A 24/ABR/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 169 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100020000202224
RUTA LECTURA:	102000305014
MANZANA DE LECTURA:	MS00259008
MEDIDOR NO:	072-120025
SUBCLASE:	Básica

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

RECIENTE SUSPENSIONES (Evitas)

Gestiona tu cuenta de energía y realiza trámites de forma en línea, Regístrate gratis en www.enel.com.co/es/tiendaenel/registro

Línea de servicio al cliente 110

FECHA GENERACIÓN: 28/04/2025 00:21:22
FECHA EXPEDICIÓN: 28/04/2025 18:03:16

CUDE: 2b60c0d312bd3b8c51294568713f8bcc59b1b8598f1365cde8e45f1f2f57d4d3376045d6c5b1b6987b0b9b4b6991040

UNIÓN TEMPORAL BIENESTAR USME

Gobierno de USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 72 | MICROCHIP: SI / NO: 900255002404667 | FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION X CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Martha 3 | COLOR: blanca

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO___ | RAZA: criollo | EDAD: 9 meses | PESO: 3 KG | MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___CONCENTRADO X MIXTO OTRO___

ORIGEN: NS/NR___RESCATADO 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: 51.745.099 | CORREO ELECTRÓNICO: 3202709210@ sin correo

BARRIO O VEREDA: comuneros | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Tecnico | NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL___

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/R. | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa N/A. | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/A.

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

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

4. EXAMEN 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: 143 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38.2 °c | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: —

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

E. 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:
Maria Lucia Rojas Parra	51945691 BXTA

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:

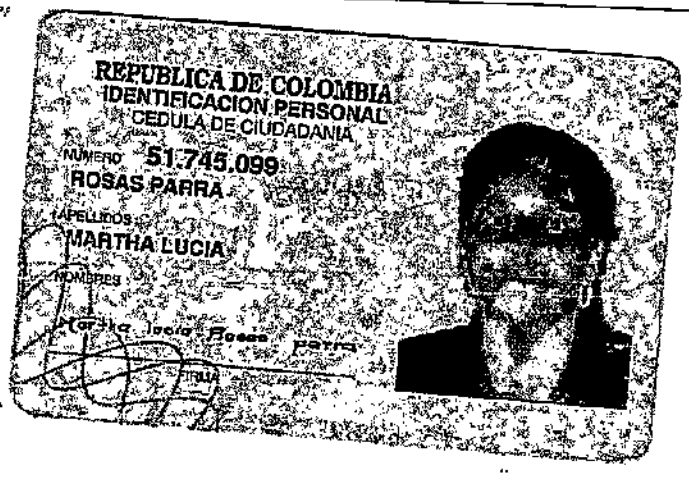
AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

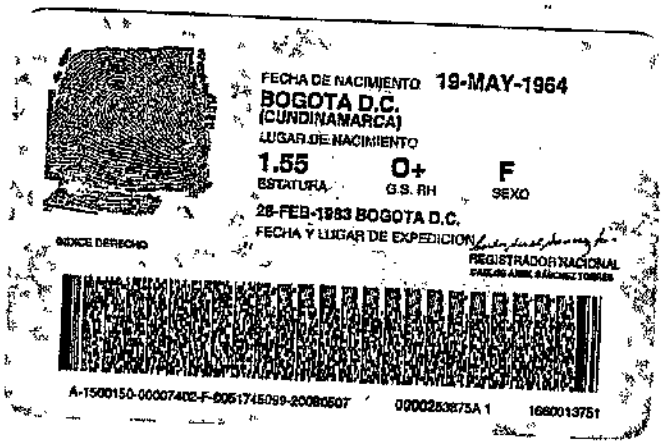
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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


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
INDICE DERECHO
A-1500150-00007402-F-0051745099-20080507 0000253675A 1 1680013751

enel Bogotá

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

Para pagar y consultar tu factura en línea ingresa a

1944670-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3511522120

3567

CLIENTE

WILLIAM GILBERTO DIAZ GARAVITO -
KR 4 NO 83 SUR 17
BOGOTA, D.C. - COMUNEROS

02 006 5084 / 057-1547249

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR PAPEL APLICADO
$356.43

CONSUMO DIARIO
8.0 KWH

VALOR DIARIO
$4.958

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 256 kWh

¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!

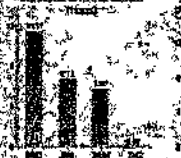
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA en el mapa de Cifa

Este es el único acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía de esta cuenta. Cuídalo y no lo manipules.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2.000
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1900002005064
RUTA LECTURA:	1002006021
CANZANA DE LECTURA:	M5002523114
MEDIDOR No.:	057-1547249
SUE CLASE:	3454

DEMANDA MÁXIMA (kW)



FRECUENCIA INTERRUPCIONES



CONSEJO DE SEGURIDAD

Utiliza espejos, brillos o vaselinas o fuentes de luz, esto ilumina los espacios de tu hogar.

CONTACTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 6 115 115	115 Opción 1 las 24 horas

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. IV # No. 64-25

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

ASEA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54-30/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

Oficina Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Bancaria

Centros de Servicio

Código QR

Asesores de Cadena

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del cargo - Vigencia MARZO

FECHA GENERACIÓN: 03/05/2025 00:26:33
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 13:34:15

Factura Impresa por Computador Resolución DIAN No. 18764000001 de 2019/01/30 Prefijo FEB Rango del 1 al 5000000 Vigencia 24 meses
Factura Electrónica de Venta Resolución DIAN No. 18764000001 de 2019/01/30 Prefijo FEB Rango del 1 al 5000000 Vigencia 24 meses
Actividad Económica 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0012 de 05 de enero 2022 - IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG
Bajo el convenio de la primera factura el Cliente hasta con los cambios previstos en la Ley 142 de 1994 y para hacer uso de otros temas de la forma establecida para cada factura. Para crear reclamación comunique al (601) 9 115 115, opción No Bogotá al 01 8000 912 115, en Municipios Centros de Servicio al Cliente. Cualquier un mes ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P., Correo gratuito consultas según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.
Cuando el suministro presente el cese de la actividad y el cese definitivo, el cual deberá ser comunicado a la Empresa dentro de los cinco (5) días hábiles de dicho cese, deberá solicitar el retiro del medidor y la suspensión del servicio, para lo cual deberá cumplir con el Artículo 152 de la ley 142 de 1994.
El incumplimiento de la presente CREG 156 de 11 de diciembre 2011 dispone.
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 20 de, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron nuevas normas, se prevenga y reglamentar nuevas tecnologías a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. con usuarios. Para conocer mayor información, le invitamos a consultar las siguientes páginas web www.enel.com.co o comunícate a la línea BOGOTÁ 6 115 115, línea en Bogotá al 01 8000 915 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. cuenta el servicio de factura para revisión a través de la página del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Empresa 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 es responsable por el servicio que presta la empresa, además, si por los valores facturados. Para más información consulte con esta empresa, por favor diríjase a las oficinas de atención dispuesta por cada empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica podrá suspender el suministro en caso ENEL COLOMBIA S.A.E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Estudio vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 73	MICROCHIP: SI / Núm: 900255002404356	FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION X CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Martha 2			COLOR: Negra	
ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA criollo	EDAD 5 meses	PESO: 1.9 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: Martha lucia tosas parra	DIRECCION: Cra 4 # 93 Sur 17		TELEFONO: 3202709210
CEDULA: 51.745.099	CORREO ELECTRÓNICO: 3202709210 @ sin correo		
BARRIO O VEREDA: comuneros	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL___		

3. ANAMNESIS

buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/A.
Mayo 2025	N/A.	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 145 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °c	TLLC: 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de identificación:
Yaritza Lucia Báez Mita	3179509990

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

A-1500150-00007402-F-0051745099-20080507 0000253875A 1 1660013751

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas su número de cliente es:

1944670-0

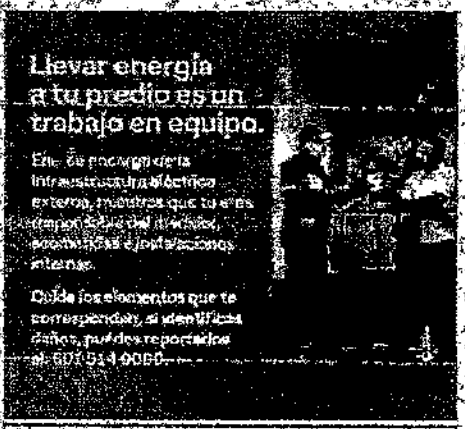
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 351152813-0

CLIENTE

WILLIAM GILBERTO DIAZ GARAVITO
KR 4 NO 63 SUR 17
BOGOTA, D.C. - COMUNEROS

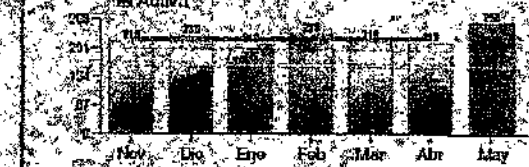
02 009 5064 / 057-1547249

¿Conoces la tarifa vigente? Consúltala en



COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR KWh APLICADO: $554,83

CONSUMO DIARIO: 8,06 kWh

VALOR DIARIO: $4.988

PERIODO FACTURADO: 28 MAR 2025 A 29 ABR 2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 258 kWh

Estrato y uso: RESIDENCIAL 1

¡Este mes subió tu consumo! Revisa la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía en electrodomésticos dentro de tu hogar.

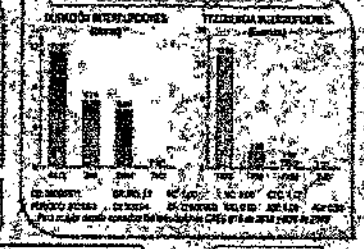
¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos Crédito Enel COLOMBIA mencionando el QR
Sujeto a aprobación de Enel Servicios Financieros Colombia S.A.S. Compañía de financiamiento vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia. Consulta términos y condiciones en nuestra página web www.enelservicios.co

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	
RUTA REPARTO:	1000028065064
RUTA LECTURA:	1002003021 1
MANZANA DE LECTURA:	MS0025314
MEDIDOR ICK:	057-1547249
SUBCLASE:	Básica

CONSEJOS PARA AHORRAR ENERGÍA

Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz, esto iluminará los espacios de tu hogar.



CONTÁCTANOS

Línea de atención al cliente: 115 Capitales las 24 horas

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 6 115 115

Página Web

Zona privada de tu página Web

App Enel Clientes Colombia

Oficinas de atención al cliente

Puntos de recaudo

Corresponsales bancarios

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Oficina Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Efectivo

Centros de Recaudo

Código QR

RED CADE

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

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

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

ASEA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 122 # 54-38 Local 103-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo

ACTIVIDAD ECONÓMICA

Sobre el tratamiento de la generación de Energía Eléctrica Tarifa 31 por ser Gran Consumidor Autogenerador según Resolución No. 0043 de 2024 de enero 2025 CREG Régimen General COMPLEMENTO RESOLUCIÓN CREG 018 DE 1998.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, derechos y responsabilidades para el OR y el COMERCIALIZADOR. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. en su empeño, para cualquier pago reclamación, se trasladará a consultarnos en nuestros puntos más cercanos de atención o comunicarse a la línea 601 5 115 115, línea de Bogotá al 57 601 915 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

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 [illegible] en Colombia, de manera que la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P no se responsabiliza por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores recaudados. Para mayor información diríjanse a [illegible] con estos terceros, por favor dirigirse a los canales de atención establecidos por esta compañía.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y los productos y servicios de valor agregado que ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. [illegible] vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 03/05/2025 00:28:33
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 13:34:18

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 74	MICROCHIP: SI Número de M: 900255002404268	FECHA: 03-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Missy		COLOR: Blanco/Negro
ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA: Mestizo EDAD: 1 Año	PESO: 3.4 KG MANEJO ESPECIAL: SI___NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___CONCENTRADO X MIXTO OTRO:

ORIGEN: NS/NR___RESCATADO X COMPRADO___ADOPTADO___REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Dolores Perez Santos	DIRECCION: cl 106 bis sur 11 50 01	TELEFONO: 3058294877
CÉDULA: 52 372 799	CORREO ELECTRÓNICO: mary19771317perez@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Antonio José Sucre	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Sexto	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Abril 25	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: Feb/25	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/aaa RABIA: dd/mm/aaaa

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

4. EXAMEN CLINICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI___NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 146 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °c	TLLC: 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	-0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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:
Juan Dobes Perez Santos	52 392 99

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 52.372.799
PEREZ SANTOS

APELLIDOS
MARIA DOLORES

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-JUL-1977
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

08-ABR-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00005021-F-0052372799-20080401 0000126065A 1 1390007367



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 1.º de enero 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 autorizado 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 electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Bancolombia · Nequi · 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.

CARNAVAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.098.812-8 704820072024

Se te suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al instalar o a las instalación interna y de un fraude de consumo. Como consumidor puedes presentar un recurso de reposición ante la empresa y otro 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 entre de los hechos señalados para el pago oportuno.

¡Hola!

JACQUELINE PEREZ
CL 106 BIS SUR 11 50 01 00001 - ANTONIO JOSE SUCRE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120230003881865

Lote: P07GN **Ruta:** 0011640166975005000 **Código del Sector:** 110

Cuenta a referencia de pago 63957574

vanti Listo

Compra [illegible] y paga a cuotas a través de tu factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 3.704.935



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 y señaladas en la política de financiación; consúltalo 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: 63957574

vanti

Ya Esta pago. 23-04-

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: 12 Abr. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	18M3	3.282,01	0,00	59.076,18
MENOS SUBSIDIO (54%)	1UN	-31.788,89	0,00	-31.788,89
AJUSTE DECENA	1UN	-3,81	0,00	-3,81
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo -	0	28,00	0,00	28,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	6.210,62	0,00	6.210,62
INTERESES FINANCIAMIENTO - GRAVAD	1UN	475,40	90,33	565,73

1 – Total $34.087,83

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Interés B	Subtotal C=A+B
1,9100 % Derecho Conexión Financiado	22/24	40.621,56	2.835,37	43.621,56
1,9100 % Derecho Conexión Financiado	22/24	3.070,09	180,07	3.070,09
1,9100 % Cliente Nuevo Interna EVD FIN DISPERSA	22/24	48.728,56	3.401,24	43.728,56
1,9100 % Cliente Nuevo Interna EVD FIN DISPERSA	22/24	3.051,96	179,01	3.051,96

2 – Total $95.472,17

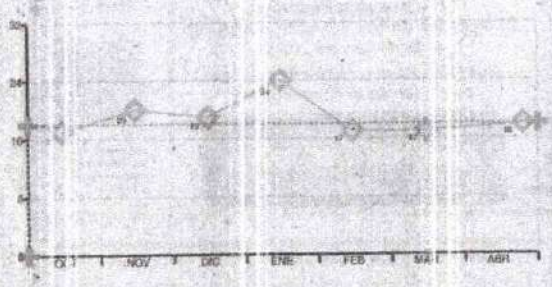
3 – Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $129.560,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso: Residencial Estrato: Est.Uno Días de consumo: 31

Fecha	Lectura	Tipo
03 Mar. 2025	347	REAL
03 Abr. 2025	370	REAL

m³ consumido = 370 - 347 * Factor de corrección = 8

Tu próxima lectura será

Entre 06 y el 11 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 Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 30 Jun. 2028

La revisión de la instalación interna en tu vivienda es obligatoria y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente (Resolución CREG 059 de 2017 y 41 585 de 20...)

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

Tarifas aplicadas por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Gm: 1691.61 Tm: 573.01 Dm: 631.53 Cm: 0.0

Pc: 85.71 Cvm: 0.0 Cvfm: 0.0 Cuvm: 0.0

Com: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUVR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mínimo consumo en m³ de gas equivale a: 2.12 kWh y el precio unitario del kWh es: $1.8.714

Factor de corrección

Vm: 23 Kp: 0.76727 Kt: 1.0141 Pt: 0.77109

Vc: 18 Tm: 14.15 Tc: 15.56 Pz: 1.01008

Pz: 0.912 Pm: 0.023 Fpv: 1.0

Factor de corrección: 0.77103

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPB: 100.0



(415)7709998026023(8020)63957574(3900)00000000129560

97170

C1

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 75 | MICROCHIP: SI / NO: 900255002182375 | FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nohanny | COLOR: Parda

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO___ | RAZA: criollo | EDAD: 1 año | PESO: 2.9 KG | MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR___ CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO___ OTRO___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yadixis vera yate | DIRECCION: cll 91 sur este 09 | TELEFONO: 3227558846

CEDULA: 1.110.233.145 | CORREO ELECTRÓNICO: lozanovera yadi@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: Abril 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/aaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: [illegible] 2024

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: 146 l/m | F. RESPIRATORIA: 22 r/m | TEMPERATURA: 38.2 °c | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ——

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	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1140255.45

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:

Eg

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.110.233.145
VERA YATE

APELLIDOS
YADIRIS

NOMBRES
Yadiris Vera Yate

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 21-ENE-1988
SAN ANTONIO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

09-AGO-2006 SAN ANTONIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01293410-F-1110233145-20220430 0078986281A 1 8504554217



enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 3

1862418-5

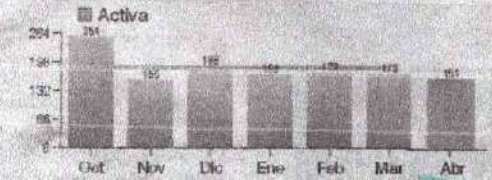
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347564335-2

CLIENTE

EUSTACIO ORTIZ
CL 81 SUR NO 7 ESTE 09 PI 2
PISO 2
BOGOTA, D.C. - EL NUEVO PORTAL

03 018 4066 / 141-4225652041

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $843,71

CONSUMO DIARIO: 5,55 kWh

VALOR DIARIO: $2.579

PERIODO FACTURADO: 28 FEB/2025 A 29 MAR/2025 | DIAS FACTURADOS: 29 | CONSUMO MES 161 kWh

Nuevo canal / Formulario online

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100000184066
RUTA LECTURA:	100000180089
MANZANA DE LECTURA:	M5000261688
MEDIDOR NO:	141-4225652041
SUBCLASE:	Básica

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

Canales de atención

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuita las 24 horas

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago | Billeteras Virtuales | Corresponsales Bancarios | Red Distrital | Centros de Servicio | Código QR

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
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 169 # 54 35/40 Local 123 124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025
G: $200,29 T: $40,35 D: $372,69 CV: $70,39 PR: $69,80 R: $12,80 CP: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UN02-0270011 - NIVEL DE TENSIÓN: RESIDENCIAL Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 17,04 por mil. Retiros autoretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2012. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 038 DE 2014.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, línea de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Tarifas gravadas contribuyentes según resolución No 0061 de 30 de diciembre de 2002.

"Dentro el acto de peticionario 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 es prima presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 038/2011 consulte www.enel.com.co

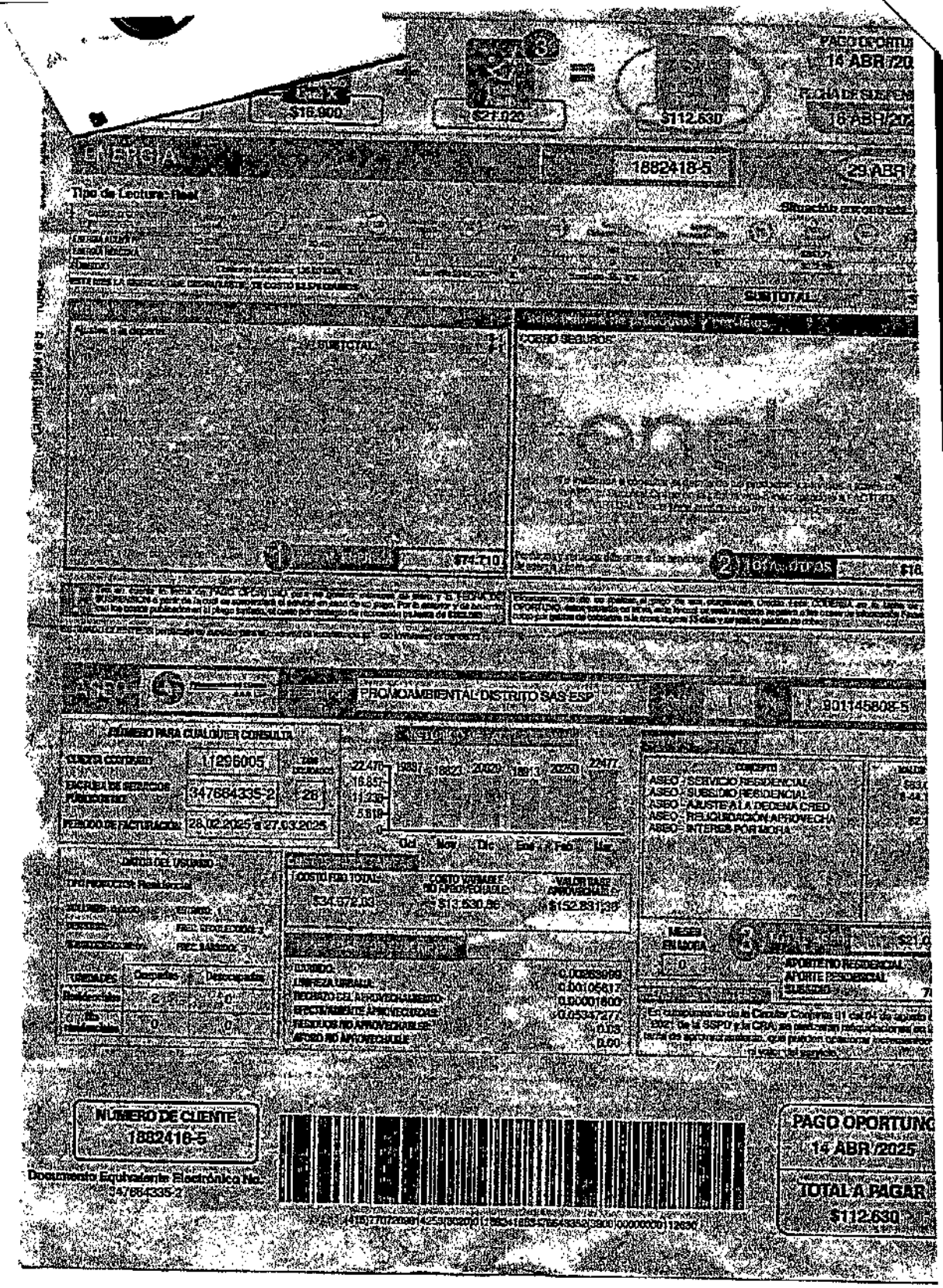
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, lo cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, derechos y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlos en nuestra página web www.enel.com.co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

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de Aseo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Resolución de Comisión), de acuerdo con la autorización dentro limitada que 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 usuarios, por favor dirígenos a los canales de atención señalados por esos terceros.

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

FECHA GENERACIÓN: 03/04/2025 09:17:19
FECHA EXPEDICIÓN: 03/04/2025 18:53:18

CUDE: 15cc1477e29bce98000c5ca3b58d7e1a7a7201e456a2b8f4f0ad5f5c1f84f0656be290a5c1981ea76b2b1f8e34957b01e5



PAGO OPORTUNO
14 ABR /20
$16.900
$21.020
$112.630
1882418-5
29 ABR
Tipo de Lectura: Real
SUBTOTAL
$74.710
COBRO SEGUROS
PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP
NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA
CUENTA CONTRATO
1296005
ESCRITURA DE SERVICIOS PÚBLICOS
347684335-2
26
PERIODO DE FACTURACIÓN
28.02.2025 a 27.03.2025
Datos del Usuario
Tipo Predio: Residencial
Personas
Residenciales
2
0
No Residenciales
0
0
COSTO FIJO TOTAL
$34.072,83
COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE
$13.630,86
VALOR BASE APROVECHABLE
($152.891,39)
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREC
ASEO - REJUVILACIÓN APROVECHA
ASEO - INTERES POR MORA
MESES EN MORA
0
APORTE NO RESIDENCIAL
APORTE RESIDENCIAL
SUBSIDIO
NÚMERO DE CLIENTE
1882418-5
Documento Equivalente Electrónico No.
347684335-2
PAGO OPORTUNO
14 ABR /2025
TOTAL A PAGAR
$112.630

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 76 | MICROCHIP: SI Número de Microchip: 900255002182725 | FECHA: 08-05-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Prints | COLOR: blanco-Gris

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 2años | 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 X MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Viviana Rodriguez Cruz | DIRECCION: cll 117 sur # 0-17 | TELEFONO: 3102795545

CEDULA: 53.068.103 | CORREO ELECTRÓNICO: viviarodriguezcruz@gmail.com

BARRIO O VEREDA: El Uval | 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: 20-04/25 | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: 29- mayo-25 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N-D

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

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

4. EXAMEN CLINICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 147 l/m | F. RESPIRATORIA: 22 r/m | TEMPERATURA: 38.1°c | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: ———

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	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Viviana Rodriguez C.C.	1.53.068.103

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**

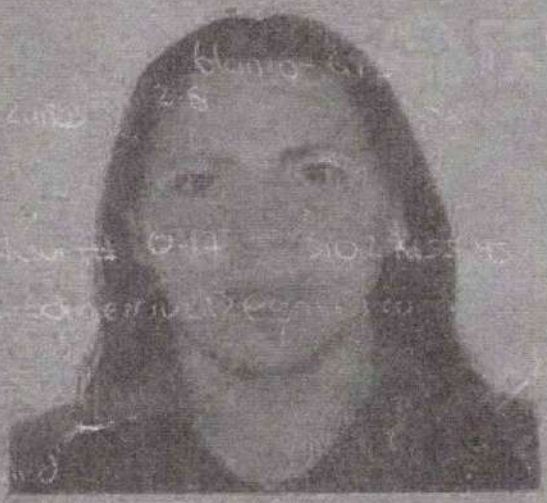
Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

52

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 53.068.103
RODRIGUEZ CRUZ
APELLIDOS
VIVIANA
NOMBRES

Viviana Rodriguez Cruz
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-NOV-1984
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

25-ABR-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01099821-F-0053068103-20190930 0067918209A 2 9910093869

12739

enel | Bogotá

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

3571001-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351150403-5

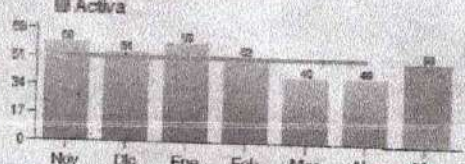
ANGEL DE JESUS DIAZ
CL 117 SUR NO 0 17 PI 1
SOGOTA, D.C. - EL UVAL

02 021 7300 / 110-11046527



HISTÓRICO DE CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $656,43
CONSUMO DIARIO: 1,56 kWh
VALOR DIARIO: $590

PERÍODO FACTURADO: 28 MAR/2025 A 28 ABR/2025
DÍAS FACTURADOS: 32
CONSUMO MES: 50 kWh

¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Consumo rápido sin codeudor
Crédito Fácil COOMEVA exclusivamente al CIFI.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,09
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100000020217300
RUTA LECTURA:	10020210387
MANZANA DE LECTURA:	MS20250231
MEDIDOR NO:	110-11046527
SUBCLASE:	Básica

CONSUMO DE ENERGÍA



CONTÁCTANOS

Bogotá, Sabana y Cundinamarca: 601 5 115 116
115 Opción 4 en 24 horas.
601 6940055
defensor@enel.com
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente
defensor@enel.com

CONSEJO DE AHORRO

Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz, esto iluminará los espacios de tu hogar.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
Sistema Virtual
Corresponsales bancarios
Red Distrital
Centros de Servicio
Código QR
Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. TV 4 No. 61A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6 S - 60
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54-58/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: MAR2025

FECHA GENERACIÓN: 03/05/2025 00:44:59
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 14:11:11

CUDE: 85f2d7889a5d091d3938f754e8c11a0e04e7ba91e6d61569e87d1668827d2ee4db1b434aa6e8a15f5563e7f3f9579
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios (CATSER) - Nombre del SW: CENFacturador - NIT 860.851.181-9
Factura Impresa por Computador de Conformidad con la Resolución DIAN No. 000165 de 2023

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 77	MICROCHIP: SI Número de Microchip: 900255002404260	FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Candy				COLOR: Gris- bage.	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA: Mestizo	EDAD: 2 años	PESO: 3.2 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___CONCENTRADO X MIXTO OTRO___			

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO X PERRO DE CUADRA___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Marco Antonio Maldonado Cepeda	DIRECCION: cll 108sw # 5B 40	TELEFONO: 3102736731	
CEDULA: 79.815.778	CORREO ELECTRÓNICO: 3102736731 @ sincorreo.		
BARRIO O VEREDA: Villa Israel	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Primaria NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
20-04-25	N-R	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 7-JUNIO-24

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 FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 145 l/m	F. RESPIRATORIA: 21 r/m	TEMPERATURA: 38.3 °c	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.3 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1098157978

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

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

05

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.815.778
MALDONADO CEPEDA

APELLIDOS
MARCO ANTONIO

NOMBRES

marco maldonado





FECHA DE NACIMIENTO 25-AGO-1957
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

O+
G.S. RH

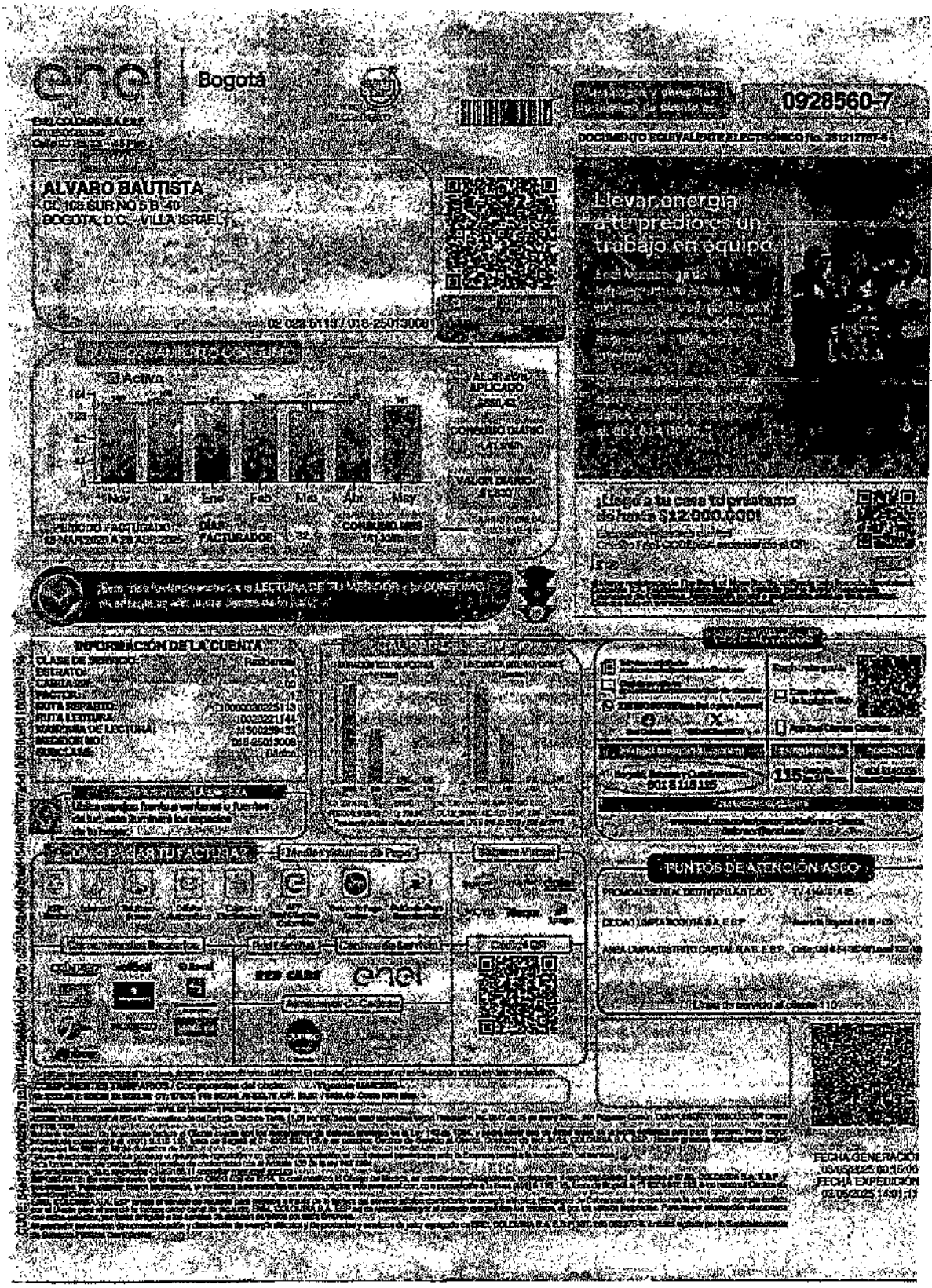
M
SEXO

02-NOV-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00132453-M-0079815778-20081130 0007240199A 1



enel | Bogotá

0928560-7

ALVARO BAUTISTA
CC 1028 SUR NO 5 B 40
BOGOTA, D.C. - VILLA ISRAEL

Llevar energía a tu predio es un trabajo en equipo.

¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12'000.000!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

FECHA GENERACIÓN
03/05/2025 00:15:00
FECHA EXPEDICIÓN
03/05/2025 14:01:13

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 78	MICROCHIP: SI / NO	900255002182385	FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Michi			COLOR: Gris / beige
ESPECIE: CANINO___ FELINO_X	SEXO: HEMBRA_X MACHO___	RAZA criollo	EDAD 6 meses	PESO: 2.7 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO_X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO_X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO_X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO_X MIXTO OTRO:___	

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO_X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Kevin camilo vergara mediano	DIRECCION: cll 106 A sur #5B-24	TELEFONO: 3214913311
CEDULA: 1001 280 087.	CORREO ELECTRÓNICO: 3214913311@ sin correo	
BARRIO O VEREDA: Antonio José de Sucre	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: 6to bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO_X RURAL	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMEN CLINICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 141 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.3 °c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ———

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	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se pueden 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:
Juan Camilo Moreno	1001500894

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

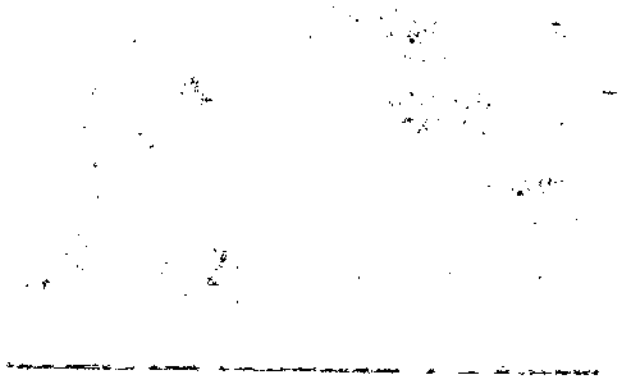
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

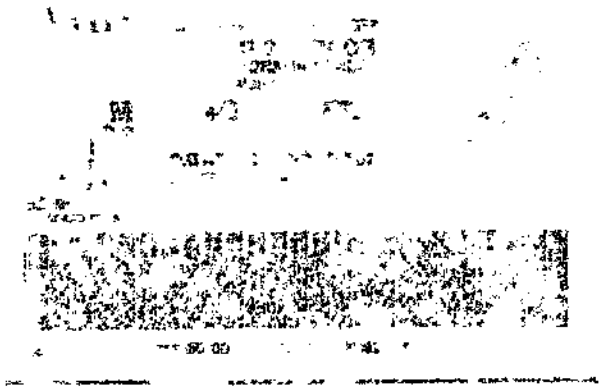
ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

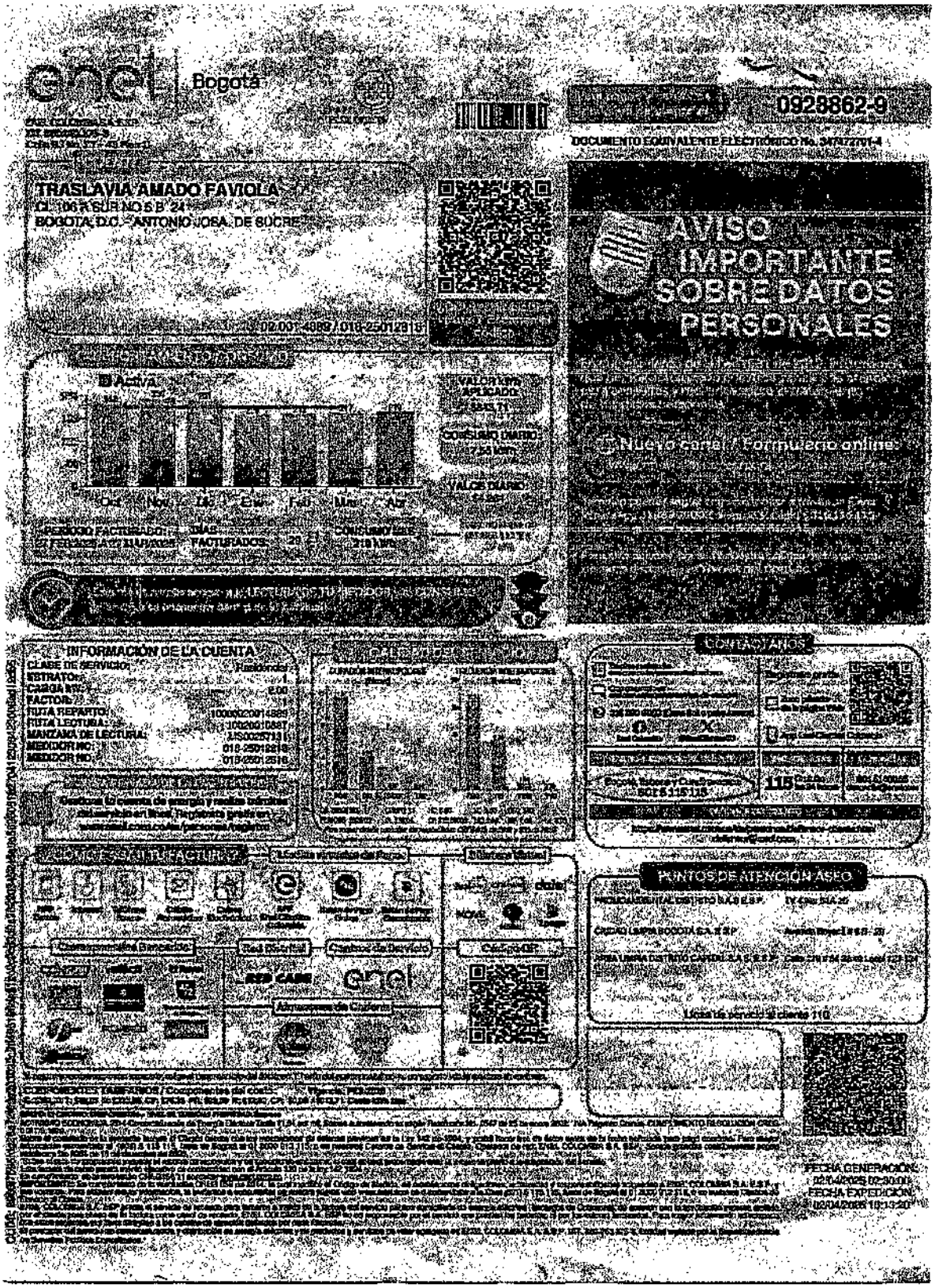
Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.001.280.087
VERANO MEDRANO
APELLIDOS
KEVIN CAMILO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 12-OCT-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
16-OCT-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-01140889-M-1001280087-20200605
0070063949A 1
9912374907







Bogotá

0928862-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 34972701-4

TRASLAVIA AMADO FAVIOLA

CL 106 A SUR NO 5 B 24

BOGOTA, D.C. - ANTONIO JOSE DE SUCRE

02.007.4889 / 018-25012818

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

Nuevo canal Formulario online

Activa

Oct Nov Dic Ene Feb Mar Abr

VALOR TOTAL APLICADO

CONSUMO DIARIO

VALOR DIARIO

PERIODO FACTURADO:

DIAS FACTURADOS: 28

CONSUMO KWH: 218 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial

ESTRATO: 1

CARGA KW: 0.00

FACTOR: 1

RUTA REPARTO: 100002001 4889

RUTA LECTURA: 1 1002001 0887

MANZANA DE LECTURA: 1SS0025713

MEDIDOR NO.: 018-25012818

MEDIDOR NO.: 018-25012516

CONTACTANOS

Pague Sobre y Cupón en BOT $ 115.115

115

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 115

Red Bancolombia

Red Efectivo

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

FECHA GENERACIÓN: 02/04/2025 02:30:01

FECHA EXPEDICIÓN: 02/04/2025 10:13:20

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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

HC Número de Historia clínica: 79 | MICROCHIP: SI Número de Microl: 900255002404253 | FECHA: 08-05-23

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bonnie | COLOR: Naranja / Blanco

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 7M | 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___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Karoll Tatiana Cifuentes Posada | DIRECCION: Cl 115 A Sur 2 A Este 29 | TELEFONO: 3159402771

CEDULA: 1140914769 | CORREO ELECTRÓNICO: Valentina1326barbon@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Antonio Jose Sucre | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: 6to | TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL___ | NS/NR:

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Abril 2025 | 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: 142 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 c/m | TEMPERATURA: 38.2 °c | TLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ———

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	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

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 ó 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:
Karol Ordoñez	1102814926

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

08

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.140.914.769



APELLIDOS
CIFUENTES POSADA

NOMBRES
KAROLL TATIANA

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.64
Sexo: F
Fecha de nacimiento: 07 ABR 2006
G.S.: O+
Lugar de nacimiento: BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición: 09 ABR 2024, BOGOTA D.C.

Firma: Karoll Cifuentes

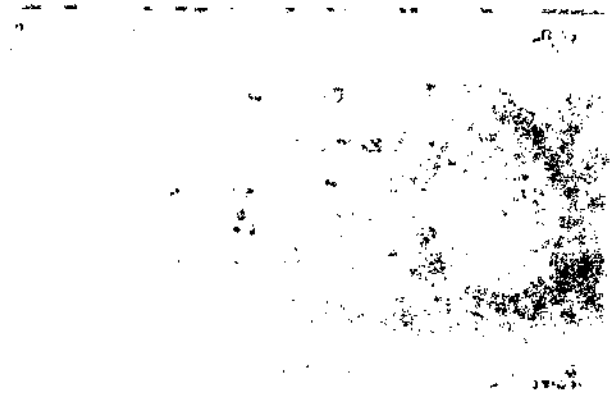
Fecha de expiración: 09 ABR 2034

COL

0440762499

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0440762498150O1<<<<<<<<<<
0604073F3404090COL1140914769<1
CIFUENTES<POSADA<<KAROLL<TATIA



Listo para tener tu factura de manera digital

Ahora, con tu diligencia al formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.

Vanti

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que también puedes hacer tus trámites de manera virtual a través de nuestros canales digitales

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
Makro, Jumbo, Éxito

Si cancelas tan diligente, hasta pasar tal de diciembre y el importe de Vanti S.A. E.S.P.

5% de Revisión Periódica
Obligatoria de tal, vence el último día y diciembre de 2025

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

Agenda ya en grupovanti.com y paga después

Ahorra tu tiempo agendando en línea

Vanti Listo

Ahorra ahora PAGA DESPUÉS

¡Hola!

OTILIA OLIVEROS
CL 118A 9UN 2A ESTE 89 00001, ANTONIO JOSE SUCRE
BOGOTA

Vanti
Más formas de gravitar
Vanti S.A. E.S.P.
Medidor Gas No. 5057101-163850

Lote: P07GN Ruta: 0011640192740005000 Código del Sector: 110

Cuenta o referencia de pago 61329122

Vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.000.000

Vanti

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 motos

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Vanti Listo es un producto que hace parte del portafolio de financiación de bienes y servicios que ofrecen Vanti y sus aliados comerciales. Aplican condiciones y restricciones.

69420

Factura de gas

Abril 2025

Calendario Referencia de pago 61329122

BOGOTA

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: 12 Abr. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario $ (B)	IVA % (C)	Subtotal $ D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	17M3	3.982,01	0,00	67.704,17
MENOS SUBSIDIO (-)	1UN	-10.022,84	0,00	-10.022,84
AJUSTE DECENA	1UN	2,41	0,00	2,41
RECAUDO-TUKATAMOS Contribución Protección Ambiental Mangiaves B. de Inversión	0	90.387,00	0,00	90.387,00
	1UN	0,25	0,00	0,25

Total $116.180,00

Tus financiaciones

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

Total $0,00

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estratificación Uno | Días de facturación 30

Fecha	Lectura	Tipo
10 Mar. 2025	12297	REAL
08 Abr. 2025	12319	REAL

Lectura corregida 12319 - 12297 = Factor de corrección 17

Tu próxima factura será: Entre el 06 y el 11 de Mayo

Novedades de tu factura

Oferta $ 2812.28

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 31 Mar. 2027

Agenda ya tu turno aquí

Tarifas

Ene. $2480 - Feb. $3371 - Mar. $2828

Componentes tarifarios

Fecha de corrección

Indicadores de calidad



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USAQUÉN | ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 80	MICROCHIP: 900255002182564	FECHA: 08-05-2025

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Albondiga			COLOR: gris / rayado blanco	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: criollo	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 X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yenni Cristina Gonzalez Rodriguez	DIRECCION: cll 106B Sur 5-68		TELEFONO: 3213189988
CEDULA: 1000.986 767	CORREO ELECTRÓNICO: gonzalezrodriguezyenni.cristina@gmail.		
BARRIO O VEREDA: Antonio Jose de Sucre	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:
noviembre 2024	diciembre 2024	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dic. 2024

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: 140 l/m	F. RESPIRATORIA: 2 r/m	TEMPERATURA: 38.7 °c	TLLC: 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ___

6. 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	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro. de Identificación:
Yenni Gonzalez	1000981469

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.986.767**

GONZALEZ RODRIGUEZ

APELLIDOS

YENNI CRISTINA

NOMBRES

Yenni Gonzalez

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-FEB-2000**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.49 ESTATURA

A+ G.S. RH

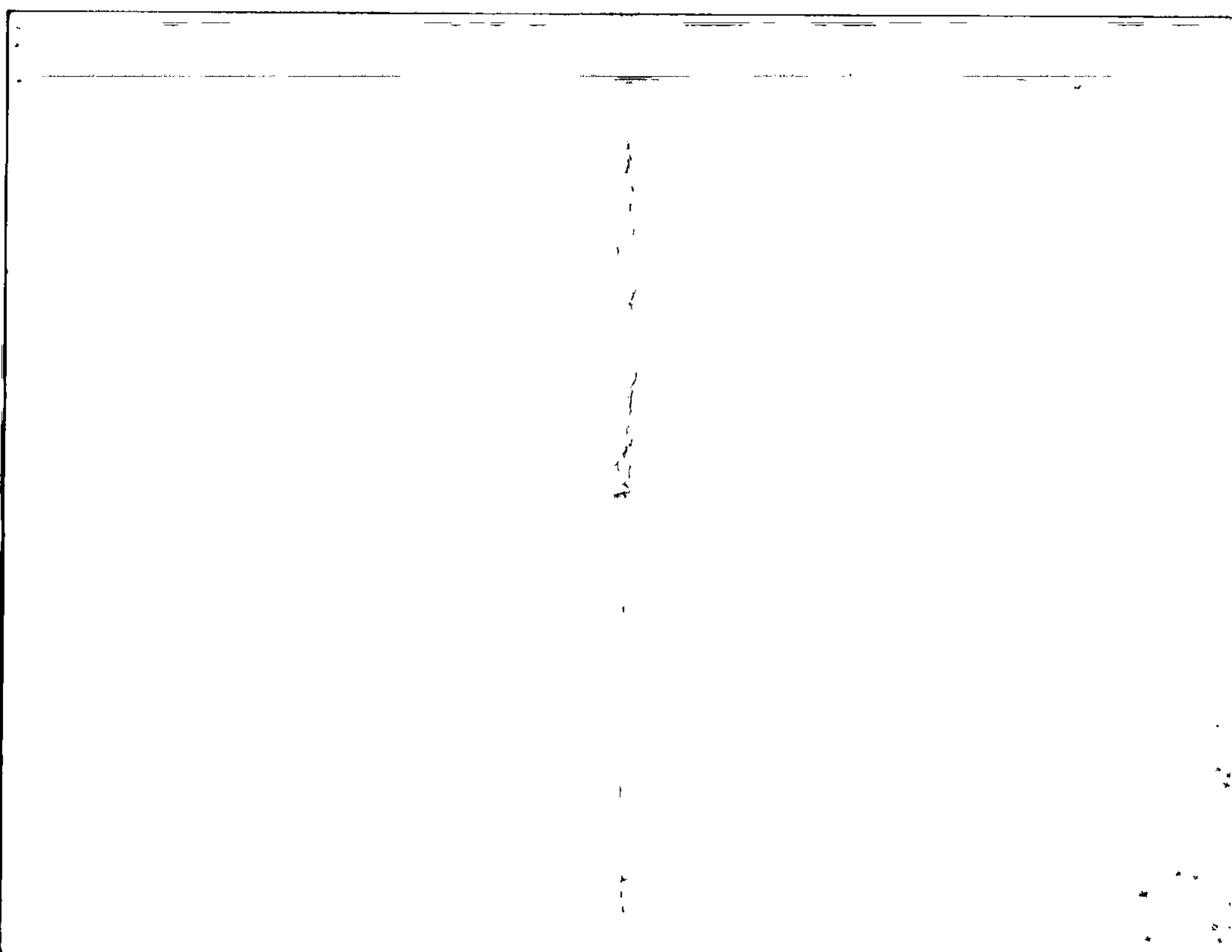
F SEXO

20-FEB-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

R-1500150-01225942-F-1000986767-20210404 0073984448A 1 8501788168



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:1J44779 BIMESTRAL

10640121	11075105111
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA PAREDES

Dirección del predio
CL 106B SUR 5 68
Barrio: ANTONIO **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 07:55:23	ABR/22/2025 15:58:19

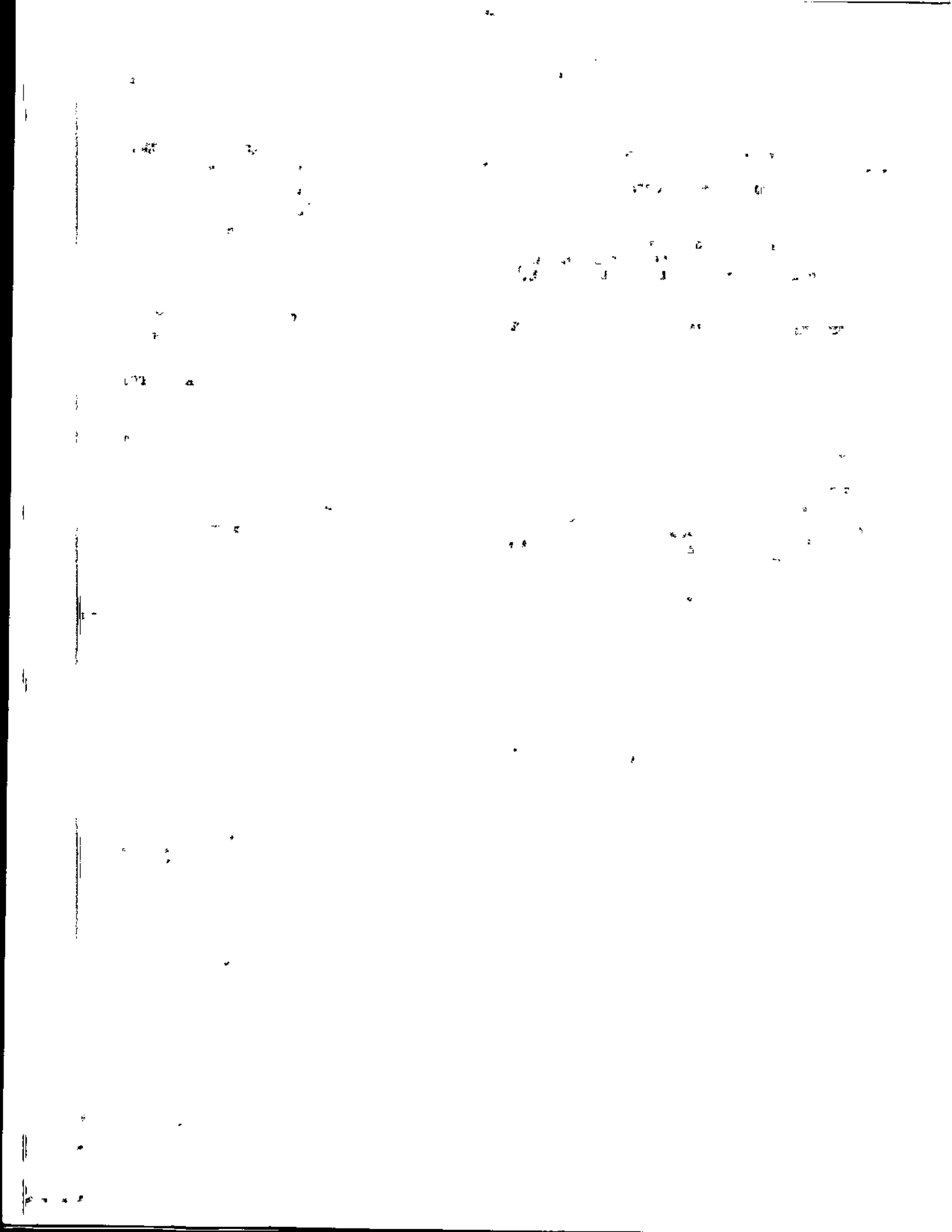
¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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.



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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

HC Número de Historia clínica: 81 | MICROCHIP: SI / Número de: 900255002404258 | FECHA: 08-05-24

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pirringa | COLOR: atigrada Grs S

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO___ | RAZA: Mestizo | 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: Maria Elena Paredes | DIRECCION: El 106 B Sur # 5-68 | TELEFONO: 3209809068

CEDULA: 27.075.508. | CORREO ELECTRÓNICO: 3209809068 @ sin correo.

BARRIO O VEREDA: Antonio Jose Sucre | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: N/R | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

NS/NR:

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Feb 2025 | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: Enero/25 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: 04/05/24 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m | F. RESPIRATORIA: 21 r/m | TEMPERATURA: 38.3 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ———

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	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]	21075508

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:

18



FECHA DE NACIMIENTO **13-SEP-1953**

SUSACON
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.46	**O-**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

12-NOV-1980 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00197208-F-0021075508-20091114 **0018**018277A 1 5020128265

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **21.075.508**

PAREDES

APELLIDOS

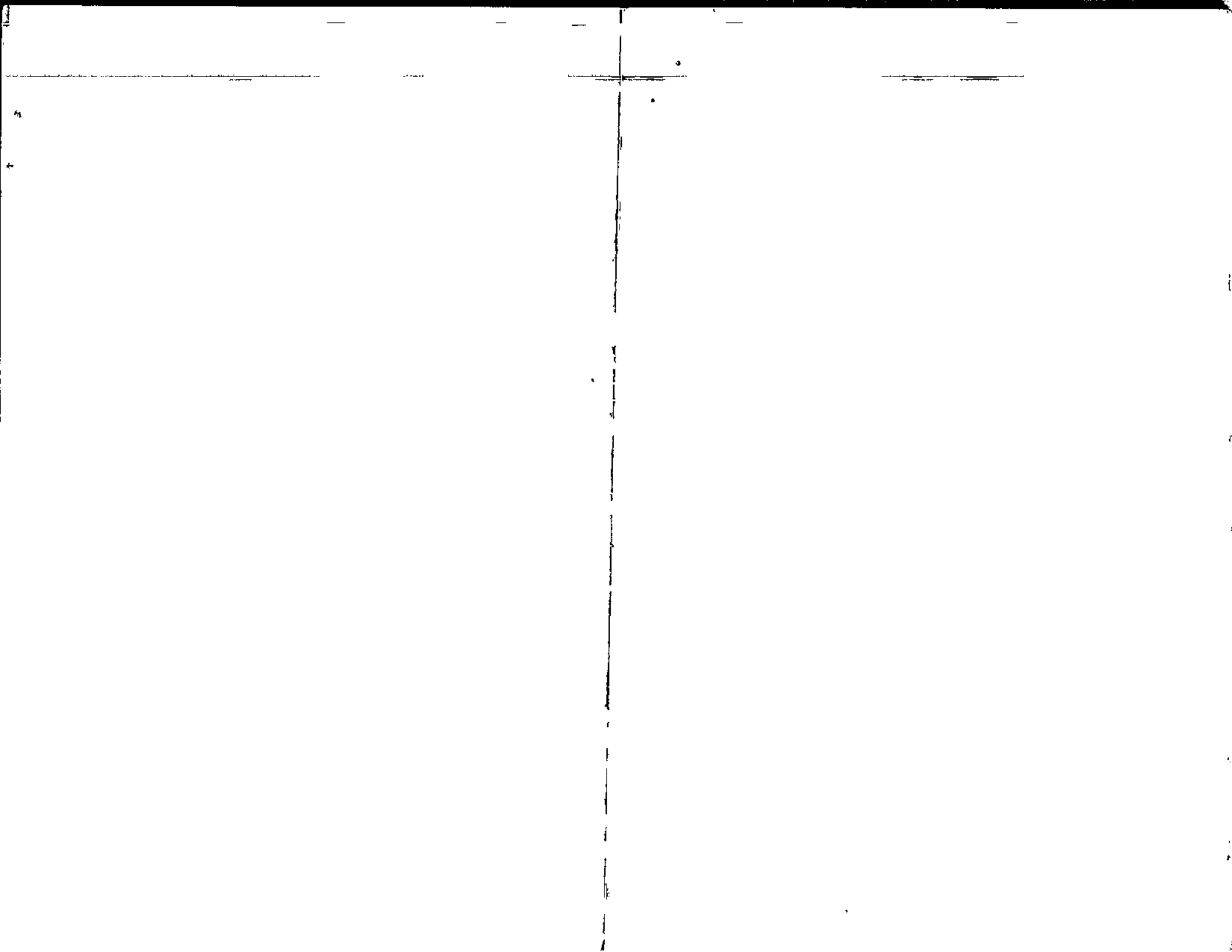
MARIA ELENA

NOMBRES



maria paredes

FIRMA



acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.099.094 - 1

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:4 CICLO: U4 RUTA:U44779 **BIMESTRAL**

10640121
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11075105111
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA PAREDES

Dirección del predio
CL 106B SUR 5 68

Barrio: ANTONIO **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 07:55:23	ABR/22/2025 15:58:19

¡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.

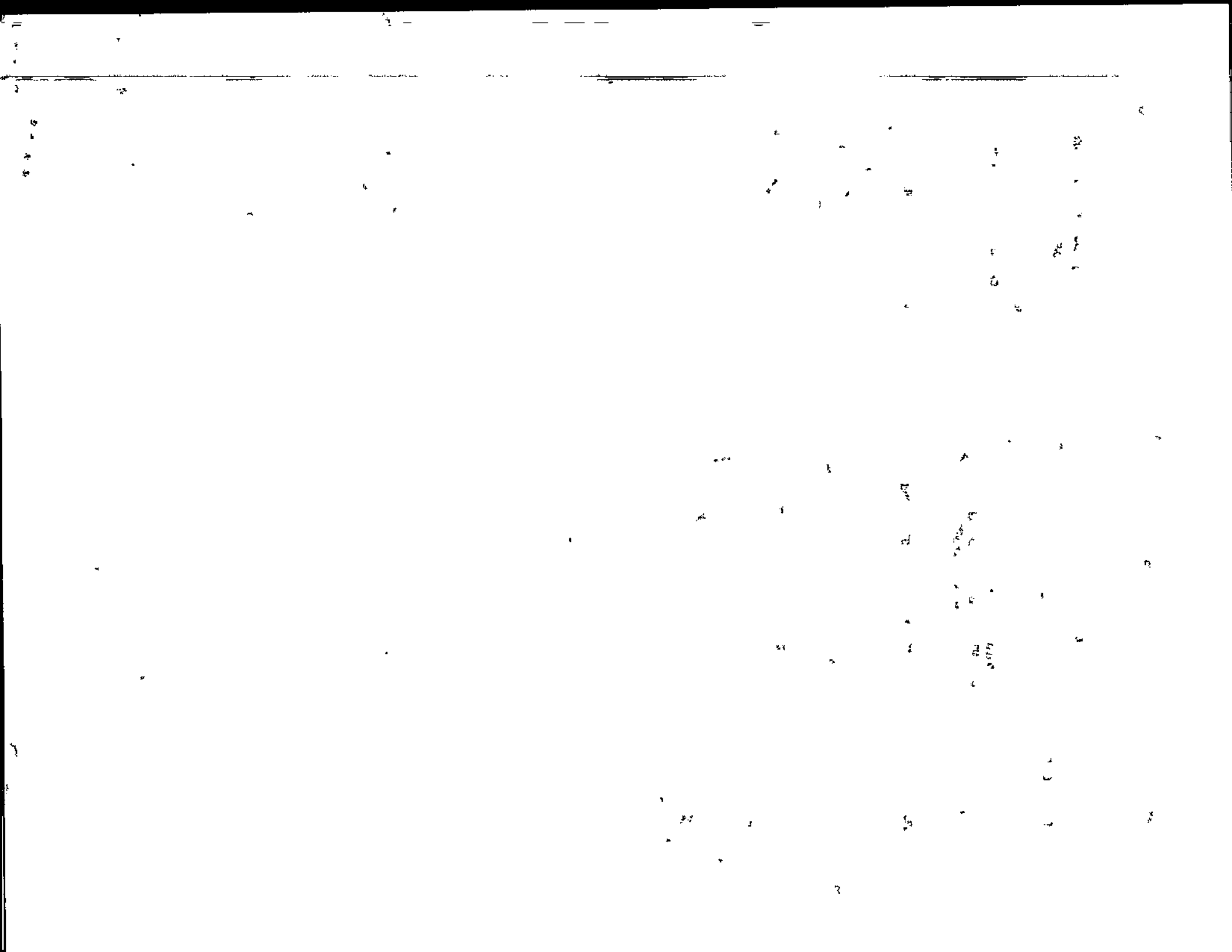
En este periodo **consumiste menos agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

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.

47774



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 92 | MICROCHIP: SI Número de M: 900255002182386 | FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nuala | COLOR: Blanco Tigrido

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO___ | RAZA: Mestiza | EDAD: 1año | PESO: 2.9 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 OTRO:___

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO: Nacio en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Camila Maldonado Mosquera | DIRECCION: cll 106 Sur #7-40 | TELEFONO: 3127719479

CEDULA: 1016.091.099. | CORREO ELECTRÓNICO: maldonadocamila01@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Usminio | 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: 1-05-25. | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: N-R | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 08-24-25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: NINGUNO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 143 l/m | F. RESPIRATORIA: 22 r/m | TEMPERATURA: 38.4°c | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ———

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Camila Maldonado	1016091099

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:

20

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.091.099

MALDONADO MOSQUERA
APELLIDOS

CAMILA
NOMBRES

Camila Maldonado M
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-DIC-1996

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

30-DIC-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00664927-F-1016091099-20150208 0042702643A 2 43429893

acueducto

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:U44778A BIMESTRAL

11126150
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

12455594619
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
HOLGUIN GARCIA HOLGUIN GARCIA

Dirección del predio
CL 106 SUR 7 40

Barrio: **USMINIA** **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 07:55:58	ABR/22/2025 16:06:46

¡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.

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 83	MICROCHIP: SI Número de: 900255002404256	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pulga	COLOR: Blanco / Pardo

ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO__	RAZA: Mestizo	EDAD: 3M	PESO: 1.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO OTRO:

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO__ COMPRADO__ ADOPTADO X REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Edisson Rendon Garzon	DIRECCION: cl 106 A sur 3A 28	TELEFONO: 3134505687
CEDULA: 1022967738	CORREO ELECTRÓNICO: Sofializypapa@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA: Antonio Jose Sucre	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 143 l/m	F. RESPIRATORIA: 26 r/m	TEMPERATURA: 38.7°c	TLLC: 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ——

7. MEDICACIÓN

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1022962138

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 1.022.967.138

RENDON GARZON

APELLIDOS

EDISSON

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 28-FEB-1991

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

13-MAR-2009 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00434213-M-1022967138-20130607 0032904183A 1 1982237665





Por favor doble y rasgue para abrir la factura

¡Hola!

EFRAIN LUGO
CL 106A SUR 3A 28 00001 - ANTONIO JOSE SUCRE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. E.S.P.
Medidor Gas No: 5037101115745

Lote: P07GN Ruta: 0071840158290005000 Código del Sector: 110

Cuenta o referencia de pago **61668090**

vanti

Tu cupo Vanti Listo APROBADO ES: **$ 3.971.828**

Grupo Vanti Comunica:

¡Evita fraudes en línea al pagar tu factura.
Ingresa siempre digitando
www.grupovanti.com

Comunícate con nosotros y solucionamos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7a.m. a 5 p.m.
Sábados 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 382 8121
Bucaramanga (607) 6917758

Atención virtual
Gestiona tus solicitudes sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

Recuerda que puedes acordar el pago de tu factura en cuotas sin intereses, según lo establecido en la Ley 2300 de 2023.

Por favor doble y rasgue para abrir la factura

tu factura

Inscríbete para tener tu factura de manera digital

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

vanti

Si tu Revisión Periódica Obligatoria del gas vence entre julio y diciembre del 2025 y no la has hecho antes del 1 y el 30 de abril de 2026

Cuesta $0

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Recaban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Davivienda · Bancolombia · Banco Popular · Banco de Bogotá · Banco AV Villas · Nequi · dale!

Pasela PSE · Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar tus facturas de Vanti a través de varios canales confiables en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Síguenos en nuestras redes sociales como @grupovanti y conoce nuestra línea digital

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Makro, Jumbo, Éxito

Las oficinas con trabajo 24/7 disponibles para la atención y apertura de Vanti S.A. E.S.P.

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

Factura de gas

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago: 61668090

BOGOTÁ

vanti

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	3M3	2.825,91	0,00	8.477,73
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	4,45	0,00	4,45
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	433,86	0,00	433,86

1 – Total $38.891,18

Tus financiaciones

Tasa de Interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.8700 % Visita RPO Cliente Residencial	5/6	13.978,82	433,86	13.978,82

2 – Total $13.978,82

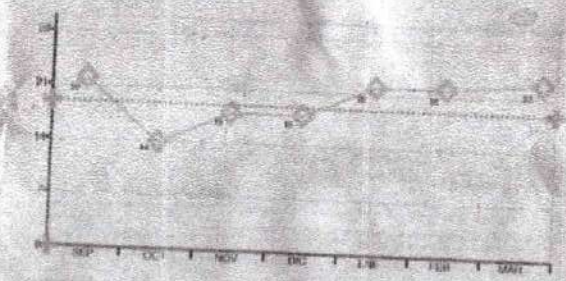
3 – Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $52.870,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
10 Feb. 2025	9868	REAL
10 Mar. 2025	9898	REAL

m³ corregido= 9898 - 9868 * Factor de corrección = 23

Tu próxima lectura será

Entre 05 y el 10 de Abril

Novedades de tu factura

Cuota $ 2826,91

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

31 Oct. 2029

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2017 y 41 385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1604.97 Tm: 526.97 Dm: 621.22 Cm: 0.0
Pr: 72.75 Cvm: 0.0 Cvtm: 0.0 Cvum: 0.0
Com: 0.0 Fcmg: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mpc: Tu consumo en m³ de gas equivale: 271 kWh y el precio unitario del kWh es: $141.893

Factor de corrección

Vm: 30 Kp: 0.76628 Kt: 1.00536 Pt: 0.77039
Vc: 23 Tm: 14.02 Te: 15.50 Pe: 1.01908
Pa: 0.751 Pm: 0.023 F pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77039

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IQ: 100.0 IPR: 100.0





(415)7709998026025(8020)61668090(3900)0000000052870

Factura No. F1582929104

C1

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de historia clínica 84	MICROCHIP: SI / NO 900255002182320	FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lulú				COLOR: Amarillo/blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA criollo	EDAD 11 meses	PESO: 2.7 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___			

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO Nacio en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Julio cesar castillo rivera	DIRECCION Kr2 #110 Sur 99	TELEFONO 3028416914
CEDULA: 1218214813	CORREO ELECTRÓNICO: 3028416914@ Sin correo	
BARRIO O VEREDA la esperanza	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: año bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL	

3. ANAMNESIS

buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R.
mayo 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/aaa 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: 147 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 38.4°c	TLLC: 1 seg	MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: —				

7. MEDICACIÓN

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	-0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN:

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Julio Cesar Castillo Rivera	1.018.424.813

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**

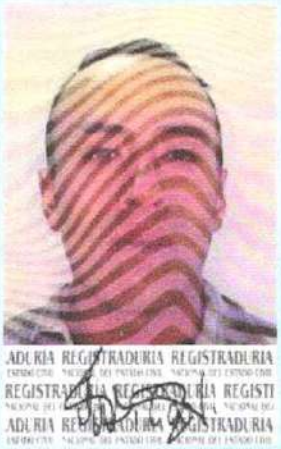
Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



DUPLICADO CC
1.218.214.813

APELLIDOS / NOMBRES
CASTILLO RIVERA
JULIO CESAR

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
08-AGO-1995
BOGOTA D.C. - CUNDINAMARCA

FECHA DE EXPEDICIÓN
04-FEB-2014

SEXO
MASCULINO

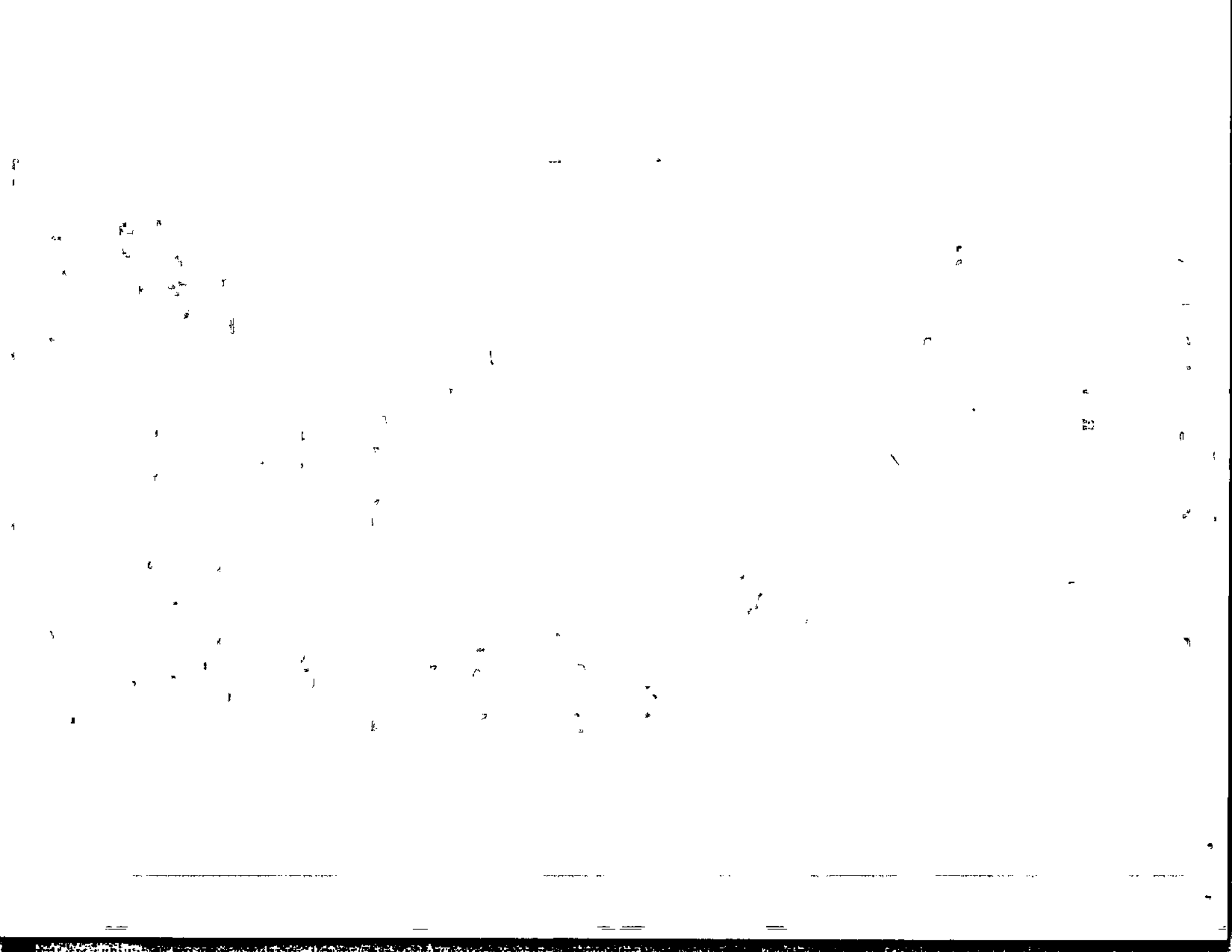
LUGAR DE PREPARACIÓN
BOGOTA D.C. - USME BOGOTA DC

OFICINA DE ENTREGA
BOGOTA D.C. - USME BOGOTA DC

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 02-OCT-2025

8514982012
02-ABR-2025



55246

enel Bogotá

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

earth pact ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

7423957-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 351219425-1

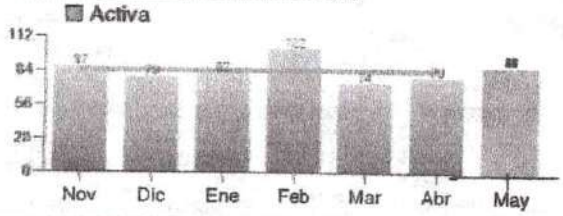
CLIENTE

IMPULSA COLOMBIA SAS
KR 2 NO 110 SUR 99 TO 2 IN 2 8 AP 808
INTERIOR 2 8 APARTAMENTO 808
BOGOTA, D.C. - LA ESPERANZA DE USME

02 002 5130 / 117-20333700



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $858,43

CONSUMO DIARIO: 2,75 kWh

VALOR DIARIO: $1.039

PERIODO FACTURADO: 28 MAR/2025 A 28 ABR/2025
DIAS FACTURADOS: 32
CONSUMO MES 88 kWh
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 84 kWh

¡Este mes tenemos acceso a LECTURA DE TU MEDIDOR y de CONSUMO de energía en cercanía a tu hogar!

¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR:
®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a políticade crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com.

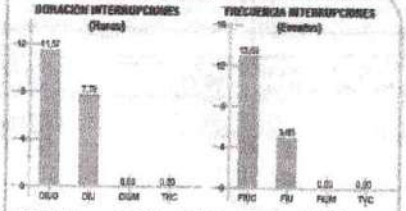
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020025130
RUTA LECTURA:	10020020327
MANZANA DE LECTURA:	MS00261518
MEDIDOR NO:	117-20333700
SUBCLASE:	Básica

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz, esto iluminará los espacios de tu hogar.

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 9277571 GRUPO: 11 HC: 0,00 PC: 0,00 CRC: 0,00
PERIODO: 2025/03 DE: 239,04 CF: 74,88000 INC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,70
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 016 de 2018 y 030 de 2019

CONTACTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/trabajadores
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
320 000 6003 (Llama Bot o pasa Asesor)
@EnelColombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

DEFENSOR DEL CLIENTE
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente
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: daviplata, dale, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Su Red Aval, Baloto, Su Red Aval, MOVIRED, Su Red Aval, Servientrega

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Olímpica, Metro

Código QR

*Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del pago. El valor 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: MAR/2025**
G: $338,40 T: $56,28 D: $285,25 CV: $78,75 PR: $97,06 R: $23,76 CF: $0,00 / $858,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: MSN-SOPITRO - NIVEL DE TENSION: PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 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 de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, lunes 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 0084 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, lunes 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.

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: 03/05/2025 01:10:16
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 13:24:13

CUDE: 8465709ddd7736320f452e13a194a6db1abca0b88a2c1680d3f1b9313300e511c418547a919587e563b55621fa7fdd

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 900.321.151-0

Fecha y hora de generación con Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.012-7

3.157 - Página 1 de 2

No. Cuenta 7423957-2 55246

1 Total Energía $33.240 + 2 Portafolio Enel X $0 + 3 Total Aseo $11.440 = 4 Total a Pagar $44.680

PAGO OPORTUNO 13 MAY /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 15 MAY/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 7423957-2

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA 28 MAY /2025

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

CALCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA EP	3.617		3.529		88		1		88	88		$556,45		$48.964
ENERGIA REACTIVA	1.254		1.254		0		1		0	0		$280,25		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh				Valor kWh $554,4200		X		Beneficio -68,00 %					-$42.300
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.92m DIARIOS												SUBTOTAL:		$33.242

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $2

SUBTOTAL: $2

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA: $33.240

Otros cobros de productos y servicios

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: $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 $165.858

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil COOENERGÍA en la fecha de PAGO OPORTUNO, días entrarán en mora, esto lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gestión 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 del -68,00 %

ASEO

PRESTADOR: PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP — CASA: 1 — NIT: 901145808-5

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	70189282	DÍAS FACTURADOS: 31
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	351219425-1	
PERIODO DE FACTURACIÓN	27.03.2025 a 26.04.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



DETALLE DE CARGOS

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$35.922
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-25.145
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-1
ASEO - RELOCALIZACIÓN APROVECHA	$662
ASEO - INTERES POR MORA	$2

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 PARAMÉTRICOS

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$19.619,29	$7.722,69	$152.831,36

TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO:	0,00263999
LIMPIEZA URBANA:	0,00106817
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0,00001623
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0,05486953
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0,03
AFORO NO APROVECHABLE	0,00

MESES EN MORA: 0

(3) TOTAL ASEO: $11.440

APORTE NO RESIDENCIAL 0%

APORTE RESIDENCIAL 0%

SUBSIDIO 70%

MENSAJES IMPORTANTES

En cumplimiento de la Circular Conjunta 01 del 06 de agosto de 2021 de la SSPD y la CRA, se realizaron reliquidaciones en la tarifa de aprovechamiento, que pueden ocasionar incrementos en el valor del servicio.

NÚMERO DE CUENTE 7423957-2

Documento Equivalente Electrónico No. 351219425-1

(415)7707209914253(8020)017423957235121942 51(3900)0000000044680

PAGO OPORTUNO 13 MAY /2025

TOTAL A PAGAR $44.680

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 85	MICROCHIP: 900255002182315	FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ela				COLOR: Pardo / gris	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA criollo	EDAD 18 meses	PESO: 3.1 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: Nini Marcela Duncan Acuña	DIRECCION cll 113 Sur # 3-22	TELEFONO 3006843255
CEDULA: 1045 725 684	CORREO ELECTRÓNICO: marceladuncan@gmail.com	
BARRIO O VEREDA villa israel / ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: tecnologo / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Mayo 2025	noviembre 2024	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: noviembre 2024

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: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 38.4 °c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Nini Juliana Cruz	1095256894

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:

57

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.045.725.684

DUNCAN ACUÑA
APELLIDOS

NINI MARCELA
NOMBRES

Nini Duncan Acuña
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 07-OCT-1994
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

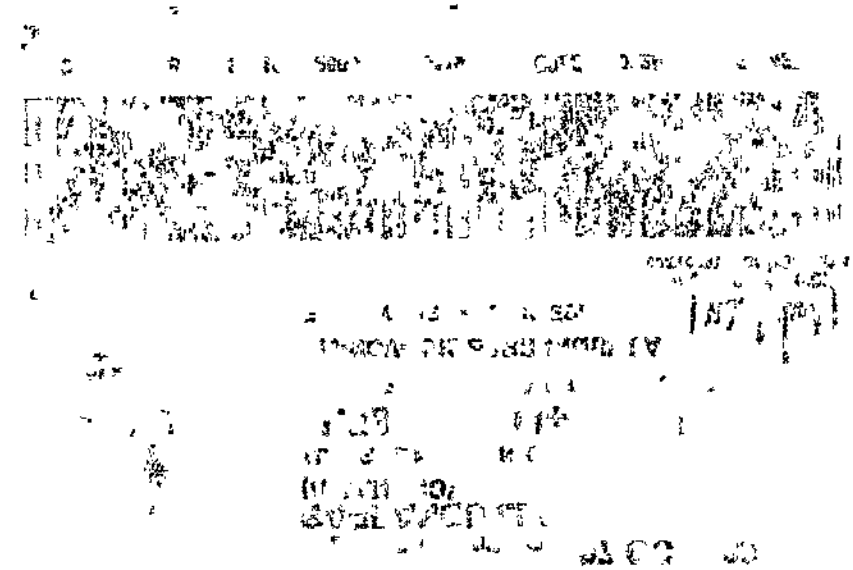
1.53 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

16-NOV-2012 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO

A-0300100-00878404-F-1045725684-20170119 0053155062A 1 3294270920



enel | Bogotá

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

7156287-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351196705-9

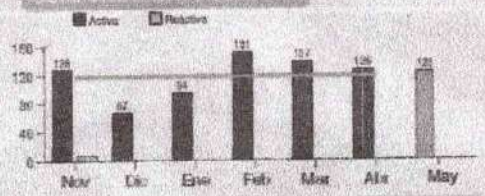
CLIENTE

VICTOR MANUEL LOZANO GUTIERREZ
CL 113 SUR NO 3 22 PI 3
PISO 3
BOGOTA, D.C. - VILLA ISRAEL

02 021 7334 / 117-18251807



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $368,43

CONSUMO DIARIO: 3,66 kWh

VALOR DIARIO: $1.452

PERIODO FACTURADO: 28 MAR/2025 A 28 ABR/2025 | DÍAS FACTURADOS: 32 | CONSUMO 1ES: 123 kWh

¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Financiamos nuestros servicios
Crédito Fácil CODENSA, aprovechalo ya!
$ 49
Crédito otorgado por The Bank of Nova Scotia, obtenga más detalles. Simulación sujeta a términos y condiciones de The Bank of Nova Scotia, aplicación de la tasa de interés según perfil crediticio de la entidad. Consulte más en www.scotiabank.com.co/pymes

LECTURA DE TU MEDIDOR Y CONSUMO

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,65
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1030000217334
RUTA LECTURA:	1002921039S
MANZANA DE LECTURA:	MS00259464
MEDIDOR NO:	117-18251807
SUBCLASE:	Básica

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas) | FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)



USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz, esto iluminará los espacios de tu hogar.

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Cítricos las 24 horas

SOLIDARIDAD

www.enel.com.co/es/personas/soporte-cliente

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago | Billetera Virtual

APP Enel | Internet | Teléfono Inteligente | Débito Automático | Cajeros Electrónicos | APP Enel-Cliente Colombia | Botón de Pago Online | Botón de Pago Suscripción | nequi | Bancolombia | daviplata | dale | tpaga

Corresponsales Bancarios | Red Nacional | Centros de Servicio | Código QR

COMPARTIR | éfecty | Baloto | RED CADE | enel

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

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

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6-73 - 25

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54-05 Int 1 Local 129-124

Línea de servicio al cliente 116

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: **Vigencia: MAR/2025**

G: $130,40 T: $68,39 D: $203,20 CV: $76,76 PR: $67,80 R: $29,76 CF: $1,20 : $503,80 Costo kWh Mes

ACUERDO ECONÓMICO 3794 Contribución de Energía Eléctrica Tarifa 11,6% por ley. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 23 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 3 115 115, 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. Puede presentar reclamaciones dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de suspensión.
*Dentro del plazo de suspensión podrán ser objeto de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa dentro de los cinco (5) días siguientes a la suspensión.
Este acceso de valor previo podrá aplicarse en cumplimiento del Artículo 130 de la ley 142 1994.
De conformidad con la resolución CREG 038/14 vigente para el estratificación.
IMPORTANTE: En cumplimiento de la normativa 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 al usuario. Para conocer cuáles son estas obligaciones, se invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP podrá el servicio de recaudo para generar a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Recargos 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. ESP es la responsable por el servicio que entrega los bienes, es por los valores facturados. Para mayor información relacionada con este objetivo, por favor dirigirse a los canales de atención establecidos para tal fin.
El presente documento es una representación gráfica de una factura electrónica de venta como bien regulado por ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-6. Autorizada mediante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 03/05/2025 01:09:56
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 12:48:18

JUDE: ca:4fdfae2f3939b7d0d8a42ab0b0a16b0656b4b3b5fa01456b04f5a862b7ace744f3f3044a1dbc0d1b37fdfe6f2bba5e4dabf7bcb

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 86	MICROCHIP: $ N: 900255002182552	FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Susi				COLOR: Negra	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA: criollo	EDAD: 2 años	PESO: 3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___CONCENTRADO X MIXTO OTRO___			

ORIGEN: NS/NR___RESCATADO___COMPRADO___ADOPTADO X REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz matilde reina castaño	DIRECCION: cll 97 sur 4-47	TELEFONO: 3102852718	
CEDULA: 51.830.970	CORREO ELECTRÓNICO: luzmatildereina1965@gmail.com		
BARRIO O VEREDA: Serranias	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/A.	octubre 2024	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: octubre 2025

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: 140 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °c	TLLC: 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ——

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA	

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

B. 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:
Jorge Alberto Ramos Castaño	1.015.183.097 de Bogotá

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 51.830.970
REINA CRISTANCHO

APELLIDOS
LUZ MATILDE

NOMBRES

FIRMA

90



FECHA DE NACIMIENTO 19-SEP-1965
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

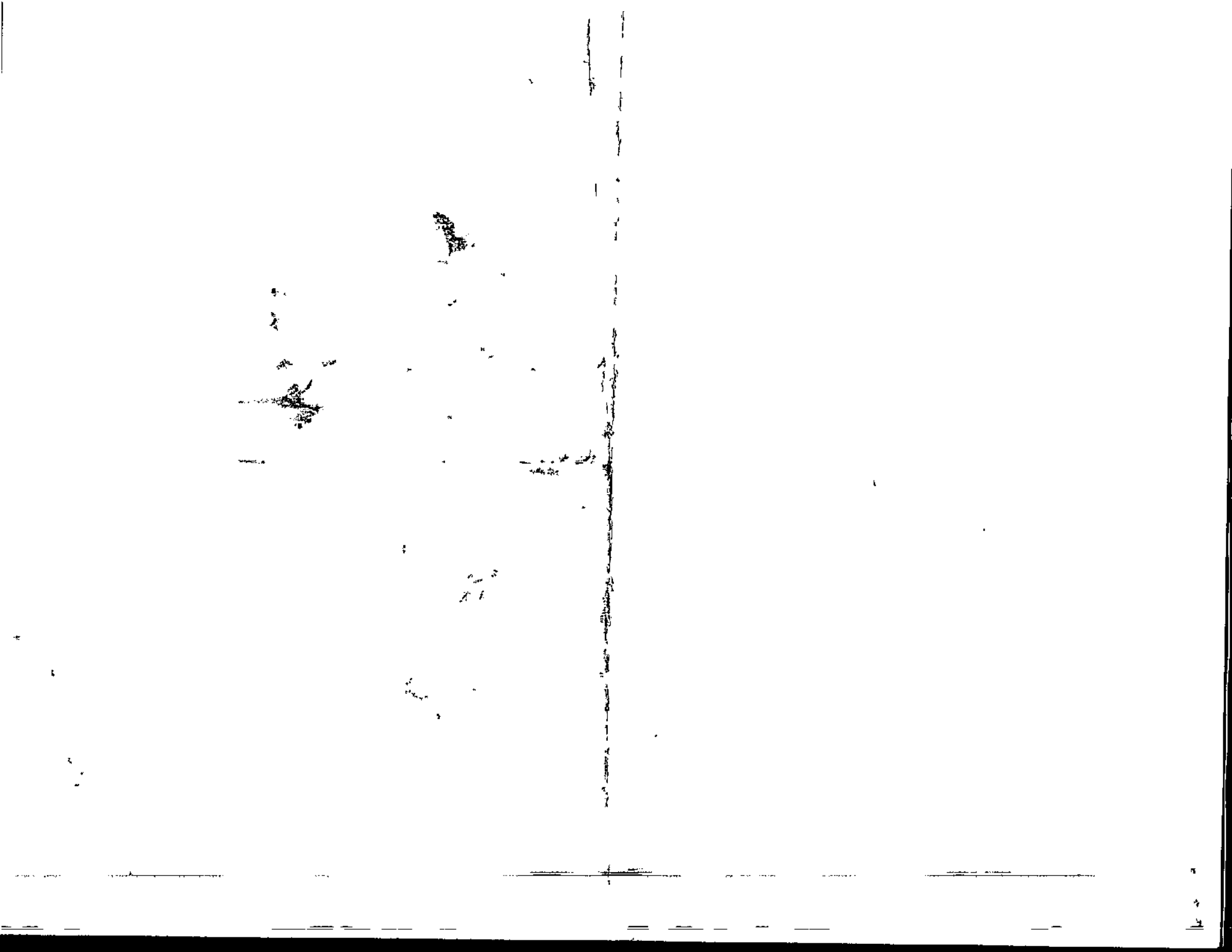
1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

09-NOV-1984 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1500150-01127452-F-0051830970-20200121 0069731940A 1 9911487354





90

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño Garcia
Representante Legal

Para el reparto ZONA:4 CICLO: U4 RUTA:U44770A BIMESTRAL

11221475
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11767625814
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
LUZ MATILDE REINA CRISTANCHO

Dirección del predio
CL 97 SUR 4 47
Barrio: SERRANIAS I **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 07:56:06	ABR/22/2025 16:02:30

¡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.

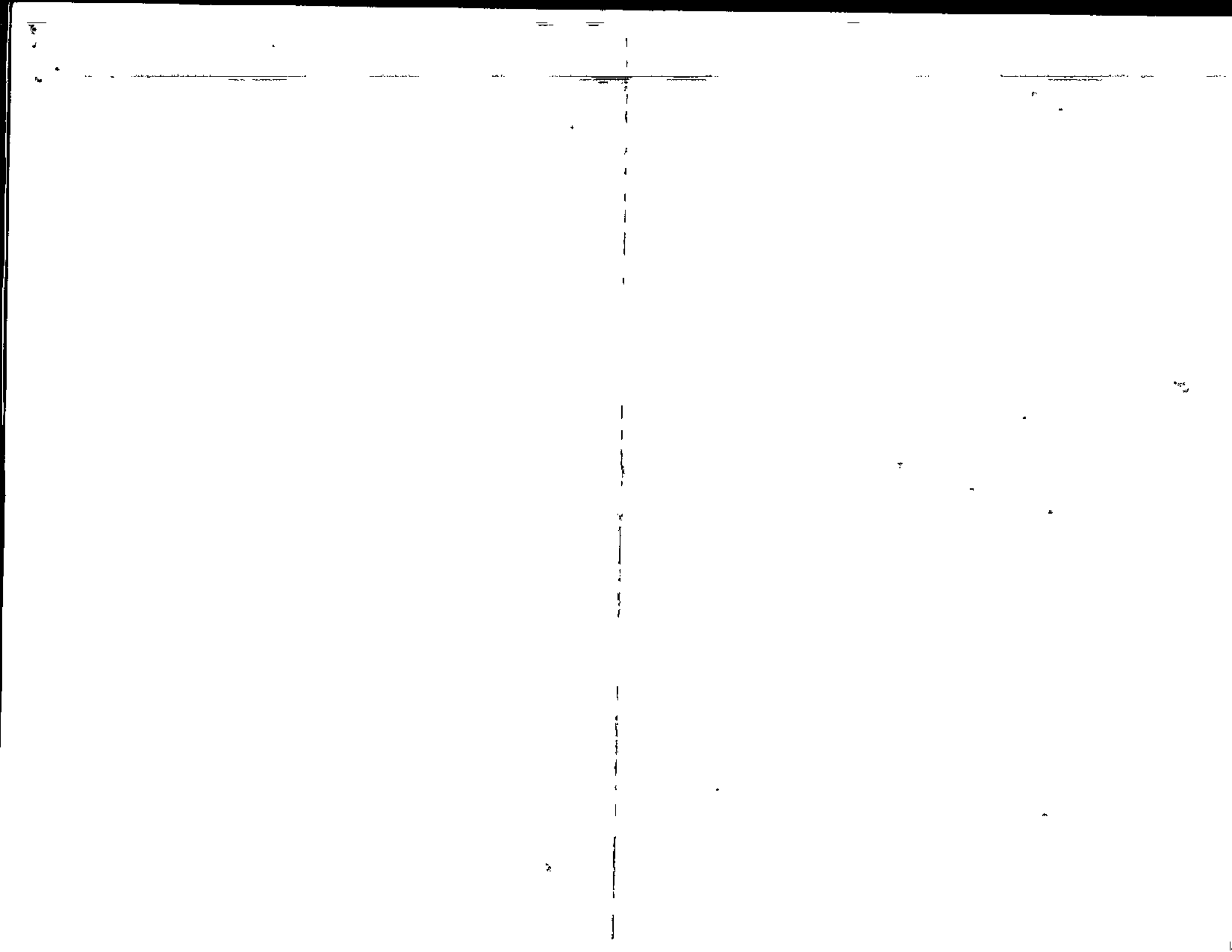
En este período **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

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.

3222677315. 3126917604

cadena



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 87	MICROCHIP: 900255002404261	FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lona				COLOR: Calico	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA Mestizo	EDAD 3 AÑOS	PESO: 2.7 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR___ CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO___ OTRO___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sonia Hasbleydy Reina Cardenas	DIRECCION: Cl 108A Sur S B 15	TELEFONO: 3204059901	
CEDULA: 1022983084	CORREO ELECTRÓNICO: soniareina15@hotmail.com		
BARRIO O VEREDA: Villa Israel	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL___		

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Abril 2025	Enero/2025	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa NOV/2025

4. EXAMEN CLINICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m	F. RESPIRATORIA: 23 r/m	TEMPERATURA: Pc	TLLC: 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Sonia Lena	1022983080

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 1.022.983.084
REINA CARDENAS

APELLIDOS
SONIA HASBLEYDY

NOMBRES
Sonia Reina

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-ENE-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

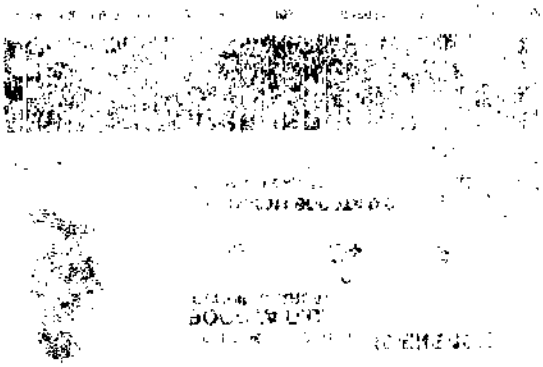
1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

21-ENE-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00993861-F-1022983084-20180409 0060719617A 1 9903870569



13

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 el número de cliente es: **1072233-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351217780-5

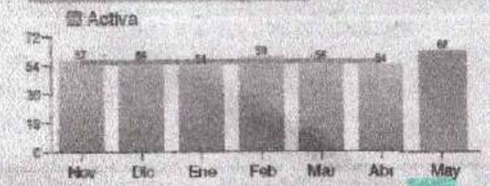
GLADYS CARDENAS BEJARANO
CL 108 A SUR NO 5 B 15
BOGOTA, D.C. - VILLA ISRAEL

02 022 5015 / 018-25012955

Llevar energía a tu predio es un trabajo en equipo.



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $858,43

CONSUMO DIARIO: 1,94 kWh

VALOR DIARIO: $732

PERIODO FACTURADO: 28 MAR 2025 A 28 ABR 2025

DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 62 kWh

LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO

¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020225015
RUTA LECTURA:	10020221050
MANZANA DE LECTURA:	M500259460
MEDIDOR NO:	018-25012955
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz, esto iluminará los espacios de tu hogar.

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115

www.enel.com.co
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

RED CADE

enel

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: MAR/2025
Costo kWh Mes $858,43

FECHA GENERACIÓN: 03/05/2025 00:16:49
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 14:16:12

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 88	MICROCHIP: Expiry – Date: 2029/11/11 900255002182316	FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Princesa			COLOR: blanco Negro	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA: MESTIZO	EDAD: 5 MES	PESO: 2.4 KG
MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X				
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR___ CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO___ OTRO___		

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Isabel Contreras Rativa	DIRECCION: Cl 113 sur 3.22	TELEFONO: 3132690376
CEDULA: 39.767.618	CORREO ELECTRÓNICO: contrerasrativaanaisabel@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Villa Israel	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	Feb/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 Abril/2025 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
145 l/m	27 r/m	38.4 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: —

6. 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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Ana Daniel Cortes L	39769618

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 39.767.618
CONTRERAS RATIVA

APELLIDOS
ANA ISABEL

NOMBRES

Ana Isabel Contreras R.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 29-MAR-1973
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

10-OCT-1991 USME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONA
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00355516-F-0039767618-20120113 0028941770A 1 1981670416

enel | Bogotá

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

Número de cliente 7156287-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351196766-9

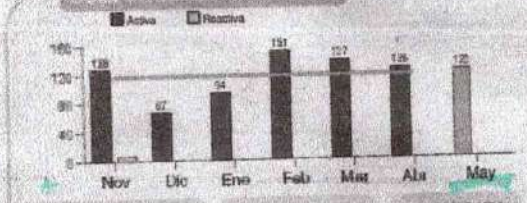
CLIENTE

VICTOR MANUEL LOZANO GUTIERREZ
CL 113 SUR NO 3 22 PI 3
PISO 3
BOGOTA, D.C. - VILLA ISRAEL

02 021 7334 / 117-18251807



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $858,43

CONSUMO DIARIO: 3,84 kWh

VALOR DIARIO: $1.452

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 123 kWh

¿Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000?

Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil COOPAVA agilizando el Cliente

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020217334
RUTA LECTURA:	10020210395
MANZANA DE LECTURA:	MS00259454
MEDIDOR NO:	117-18251807
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz, esto iluminará los espacios de tu hogar.

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
Chat de atención
Redes Sociales

Registro otra guía
Zona privada de la página Web
App Enel Cliente Colombia

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
Débito Automático
Cajero Electrónico
APP Enel Clientes Colombia
Botón de Pago Consolidado

Billeteras Virtuales
MOVII
Nequi
tpaga

Corresponsales Bancarios
Red Distrital
Centros de Servicio
RED CADE
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 S - 20
ASEA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S E.S.P — Calle 129 # 94 35-40 Local

Línea de servicio al cliente 110

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

G: $335,40 T: $56,20 D: $295,25 CV: $75,75 PR: $97,60 R: $53,70 CF: $0,00 : $853,45 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 0314 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 17,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 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 de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y para hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicarse 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.0051 de 10 de diciembre de 2003.

"Fecha del corte de suspensión prevista en el numeral 9 del artículo 130 de la ley 142 1994

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 informa que el(los) equipo(s) de medición instalado(s) en su inmueble, se encuentra(n) en condición de energía eléctrica (Entrega de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el Cliente.

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

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

FECHA GENER 03/05/2025 0
FECHA EXPEI 03/05/2025 1

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 89	MICROCHIP: SI / Número de: 900255002182330	FECHA: 08-03-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Randy			COLOR: calico	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA: Mestizo	EDAD: 2A	PESO: 3 KG
MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X				
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___CONCENTRADO X MIXTO OTRO___		

ORIGEN: NS/NR___RESCATADO___COMPRADO___ADOPTADO X REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Doris Heliana Gutierrez Diaz	DIRECCION: cl 110A Sur 9-41	TELEFONO: 3203810234
CEDULA: 1022952496	CORREO ELECTRÓNICO: karen.doris@hotmail.com.	
BARRIO O VEREDA: Usminia	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Bto	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL___	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buena salud → Herida en abdomen.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: NR
Feb 2025	Dic/24	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

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: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.3 °c	TLLC: 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ——

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 Ui/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera - T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1000954496

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

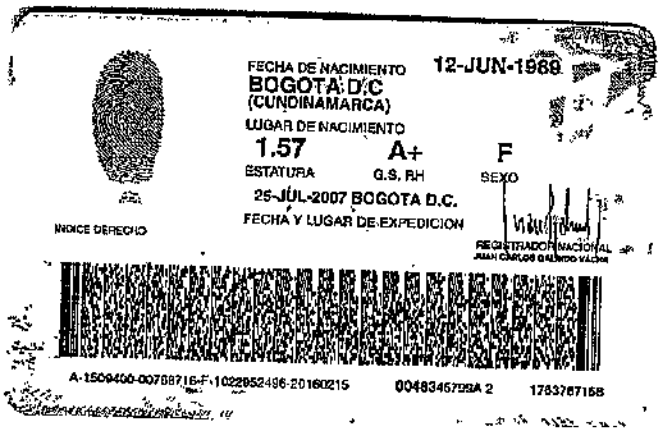
AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

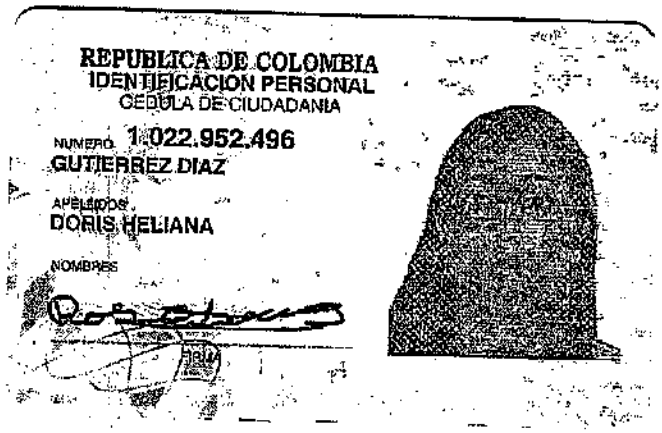
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

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

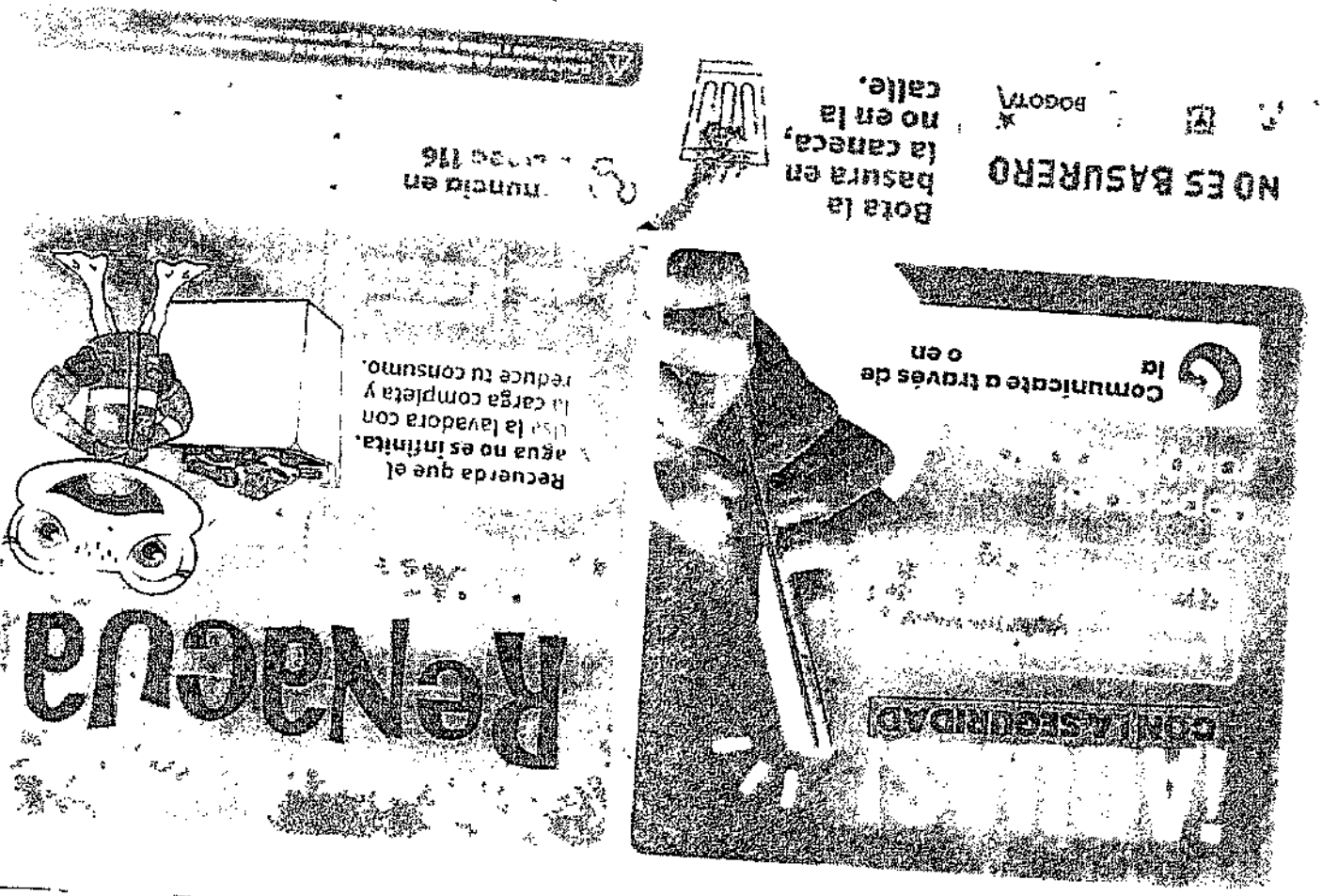
Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:



FECHA DE NACIMIENTO 12-JUN-1989
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
25-JUL-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500400-00708716-F-1022952496-20160215 0048345799A 2 1783767158



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.022.952.496
GUTIERREZ DIAZ
APELLIDOS
DORIS HELIANA
NOMBRES



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

BIMESTRAL

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

Natasha Avendaño Garcia
Representante Legal

11608129
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11767669515
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de

DORIS HELIANA GUTIERREZ DIAZ

Dirección del predio

CL 110A SUR 9 41

Barrio: USMINIA **Localidad: USME**

Dirección de correspondencia

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 07:57:17		ABR/22/2025 16:16:50

Datos adicionales del predio

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

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

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

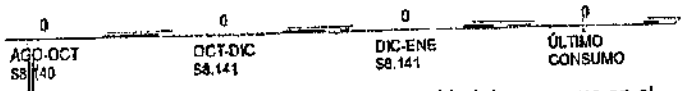
Llámanos

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.

Tu consumo en este período

En los periodos anteriores **tu promedio de consumo** fue 0

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



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

En este período

0

Promedio al día

0

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo0
Lectura anterior0
Tu consumo este periodo0

Facturado con Sin consumo
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA
Serie 0601SIB009354

Tipo VELOCISC
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
$5.520,72
1

+

Alcantarillado
$2.623,72
2

+

Otros cobros
$65
3 4 5 6

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

= Total a pagar $8.210

Escanea y paga virtual

Conoce otros medios de pago virtuales o presenciales disponibles para pagar tu factura

Datos ingresos de operación
Impuesto sobre las ventas por pagos de servicios públicos

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): d0627bd324c09e8839c66d68970927c0ee2a02b9d12b50c9def4a2158b0794881f04f4a905b167ff3ee4f7954d

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

Carga básica residencial (m³)	2.00	$9.300,46	-70	$18.601,-	$2.790,26	$5.520,72	2.00	$4.373,36	-70	$8.123,-	$1.217,99	$2.623,72
Consumo residencial básico (m³)									-70			
Consumo residencial superior básico (m³)												
Carga básica residencial (pies)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$18.601,-		$5.520,72				$8.123,-		$2.623,72

* La proporción a consumos de hasta ** metros cúbicos (12 m³) mensuales. ** (-) Aplica solo para estratos 1, 2, comercial e industrial. (+) Subsidio: aplica para estratos 1, 2 o 3.
*** La tarifa se diferencia a partir del valor de línea de carga básico de consumo. Si más de una unidad, se descuenta un 5% si hay una sporte, agrega un 5%

Tasas ambientales		Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico. Cuando no hay	Tarifa consumo básico ($/m3)	$6.5%	$265,39
	Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$687,07
	Total por consumo facturado	$0	$0

1 El Mínimo Vital es un beneficio donde Colombia Bogotá brinda un apoyo económico para familias residenciales (12 m³ por cada periodo facturado) de los estratos 1, 2 y 3.

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$5
Financiación de saldos	$60

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Subtotal $0 Subtotal

Pagos por los puntos web, app y billeteras

Para quienes requieran desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago puntored

Red CADE Corresponsales y sucursales de diferentes entidades bancarias

La EAAB ESP no tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Citi.

Acueducto y Alcantarillado

$8.210

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor cajero: Si el desprendible no aparece sello y sticker de cancelación, rechace solo Acueducto. (Este pago solo podrá ser cobrado en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en corresponsal bancario).

(415)7707200485271(8020)117676695157(3900)000000008210

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 90 | MICROCHIP: SI Número de Mic: 900255002182389 | FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pandora | COLOR: Negro - blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año | 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 X CONCENTRADO ___ MIXTO OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angela Maria Gonzalez Salgado | DIRECCION: cr 3 # 100 F 22 sur | TELEFONO: @ sin contacto

CEDULA: 1-022-931-650 | CORREO ELECTRÓNICO: @ sin correo

BARRIO O VEREDA: La Esperanza | 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: 10-04-25 | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: 15-04-25 | 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/aaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa Feb - 20-25 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	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
140 l/m	21 r/m	38.2 °C	1 seg	rosadas

OBSERVACIONES: ———

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 ml.	-0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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:
[signature]	1072931656

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

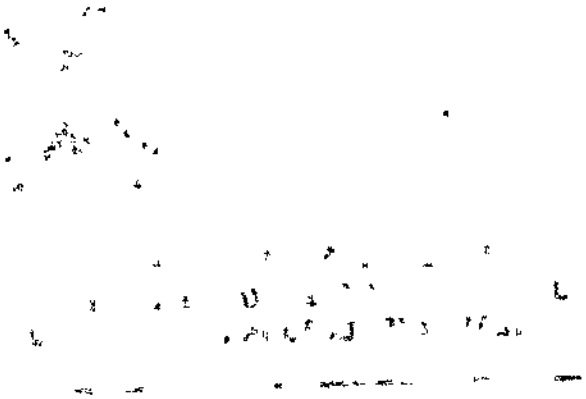
Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

3


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.022.931.650
GONZALEZ SALGADO
ANGELA MARIA
COL
1.58
F
05 FEB 2005
O+
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
22 JUN 2023, BOGOTA D.C.
22 JUN 2033


.CO
023615180
REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha
ICCOL023615180015001<<<<<<<<<<
0502054F3306220COL1022931650<0
GONZALEZ<SALGADO<<ANGELA<MARIA





13

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 900.063.875-9
Calle 99 No. 13 - 49 Piso 1

2238419-1

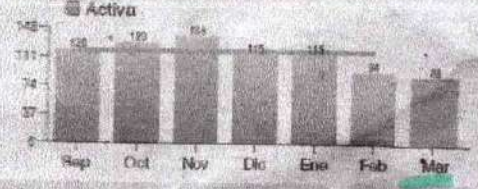
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 344059044-0

ANGELA MARIA SALGADO CUELLAR
KR 3 NO 100 F SUR 22
BOGOTA, D.C. - LA ESPERANZA DE USME

02 002 3710 / 074-612688

EL PRESTAMO DE LA CIUDAD
¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRESTAMO DE HASTA
$12.000.000

ACOMPAÑAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $653,92
CONSUMO DIARIO: 3,00 kWh
VALOR DIARIO: $1.123

PERÍODO FACTURADO: 29 ENE/2025 A 28 FEB/2025
DIAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES: 88 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	1,56
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1008002302710
RUTA LECTURA:	1008002302624
MANZANA DE LECTURA:	M5000261507
MEDIDOR N°:	074-612688
MEDIDOR N°:	074-612688

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.

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 5 115 115
115 Celular
601 5 115 115

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 28
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 20
ARSA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-30/60 Local 103 104

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ENE/2025
$/kWh/MT: $56,00 $: $375,91 CV: $79,23 PR: $70,28 R: $12,94 CF: $0,00 / $653,92 Costo kWh Mes

ACUERDO 20/CNE/2013 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ent. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 225 DE 1998.

Señor el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y como tiene otro de estos ante de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información diríjanos al (601) 5 115 115, línea de Bogotá o en el 01 8000 912 115, o en nuestras Oficinas de Servicio al Cliente. Consultar su red ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según Resolución No. 0047 de 25 de enero de 2002.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 011 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se informa que a partir de la fecha ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. ...

ENEL COLOMBIA S.A. ESP ofrece el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Acuerdo de Comercio), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el usuario para el pago de las facturas como normal 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 diríjanos a los canales de atención definidos por cada Empresa.

Vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 91 | MICROCHIP: SI Número de : 900255002182322 | FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION X CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna | COLOR: Amarillo - blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 3 años | PESO: 3-6 KG | MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Omaira Mendoza Arias | DIRECCION: cr 2 # 110-99 sur | TELEFONO: 3009801591

CEDULA: 1.022.932.307 | CORREO ELECTRÓNICO: Paezk8353@gmail.com

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

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud!

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 1-05-5 | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: N R | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

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

FELINOS:
TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa Junio-24

4. EXÁMEN 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: 145 l/m | F. RESPIRATORIA: 22 r/m | TEMPERATURA: 38.2 Rc | TLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ___

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	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta cómo 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:
Emilia Mendoza Arias	1072 [illegible] 307

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:

59



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.022.932.302
MENDOZA ARIAS

APELLIDOS
OMAIRA

NOMBRES

omaira Mendoza arias

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-MAR-1987
CAPARRAPI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
28-MAR-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01030178-F-1022932302-20180808 0062200528A 1 9905277538

55246

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: **7423957-2**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 351219425-1

CLIENTE

IMPULSA COLOMBIA SAS
KR 2 NO 110 SUR 99 TO 2 IN 2 8 AP 808
INTERIOR 2 8 APARTAMENTO 808
BOGOTA, D.C. - LA ESPERANZA DE USME

02 002 5130 / 117-20333700

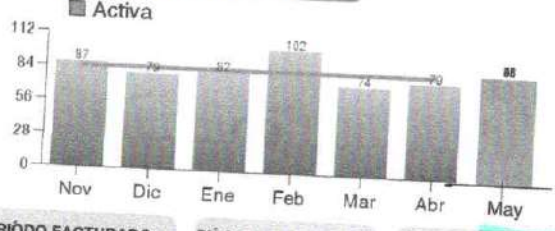
Llevar energía a tu predio es un trabajo en equipo.

Enel se encarga de la infraestructura eléctrica externa, mientras que tú eres responsable del medidor, acometidas e instalaciones internas.

Cuida los elementos que te corresponden, si identificas daños, puedes reportarlos al: 601 514 0000.



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO	$858,43
CONSUMO DIARIO:	2,75 kWh
VALOR DIARIO:	$1.039

PERIÓDO FACTURADO: 28 MAR/2025 A 28 ABR/2025
DIAS FACTURADOS: 32
CONSUMO MES 88 kWh
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 84 kWh

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

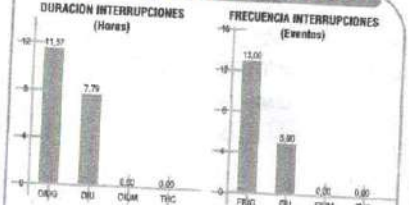
¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR:

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a políticasde crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com.

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020025130
RUTA LECTURA:	10020020327
MANZANA DE LECTURA:	MS00261518
MEDIDOR NO:	117-20333700
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



GD: 93779TR1 GRUPO: 11 HC: 0,88 VC: 0,00 CFC: 0,00
PERIODO: 2025/03 DI: 279,84 CF: 74,08000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,70
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz, esto iluminará los espacios de tu hogar.

CONTÁCTANOS

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

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

DEFENSOR DEL CLIENTE
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente
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
Daviplata · dale! · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios
CONRED · efácil · Reval · Todo1 · Baloto · Su red de pagos de Colombia · MOVIRED · pintored · efecty

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel

Almacenes de Cadena
Jumbo · Metro

Código QR

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	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: MAR/2025**
G: $338,40 T: $56,28 D: $293,26 CV: $78,75 PR: $67,98 R: $23,76 CF: $0,00 / $858,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UM34-93779TR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

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

"Sobre el acto de 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 comunicate 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 omitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 03/05/2025 01:10:16
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 13:24:13

CUDE: 8465709bddf735320f452e13a19da6db1abca0b68a2c1680d3f1b9313300e511c418547a9195875e563b55821fa7f4d

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0
3.157 - Página 1 de 2
55246

1 Total Energía $33.240 + 2 Portafolio Enel X $0 + 3 Total Aseo $11.440 = Total a Pagar $44.680

PAGO OPORTUNO 13 MAY /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 15 MAY/2025

NÚMERO DE CUENTA: 7423957-2

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 28 MAY /2025

ENERGÍA

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	×	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	3,017		2,929		88		1		88	88		$658,43		$76,542
ENERGIA REACTIVA	1,254		1,254		0		1		0	0		$293,26		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $658,4302	X			Beneficio -66,00 %					-$42,300
												SUBTOTAL:		$33.242

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.039 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $0

SUBTOTAL: $0

Consumos + Otros cobros asociados a energía 1 TOTAL ENERGÍA: $33.240

Otros cobros de productos y servicios

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: $0

Tén 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 $103.883

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 porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -66,00 %

ASEO

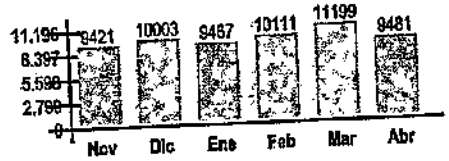
Promoambiental Distrito S.A.S. E.S.P.

PRESTADOR: PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP ASENo. 1 NIT: 901145808-5

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

		DÍAS FACTURADOS
CUENTA CONTRATO	70189262	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	351219425-1	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	27.03.2025 a 28.04.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$35.922
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-25.145
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-1
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$662
ASEO - INTERES POR MORA	$2

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:
$19.613,29	$7.722,69	$152.831,36

TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO:	0,00263999
LIMPIEZA URBANA:	0,00106817
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0,00001623
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0,05486953
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0,03
AFORO NO APROVECHABLE	0,00

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO: $11.440

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 7423957-2

Documento Equivalente Electrónico No. 351219425-1

(415)7707209914253(8020)017423957235121942S1(3900)00000000044880

PAGO OPORTUNO 13 MAY /2025

TOTAL A PAGAR $44.680

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de historia clínica: 92 | MICROCHIP: SI | Número de Mic: 900255002182326 | Expiry – Date: 2028/11/11 | FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Princesa | COLOR: Atigrado

ESPECIE: CANINO__ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO__ | RAZA: Mestiza | EDAD: 1 año | PESO: 2.9 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: Blanca Miriam Montenegro Nupan | DIRECCION: cll 106 A Sur # 4-41 | TELEFONO: 3236900010

CEDULA: 27.309.522 | CORREO ELECTRÓNICO: blancamontenegro@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Antonio José de Sucre | 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: 20-04-25 | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: NOV-2-24 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N-D

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

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

4. EXAMEN CLINICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 147 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 38.2 °c | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ——

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Blanca Y Contreras	1273095 CC

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

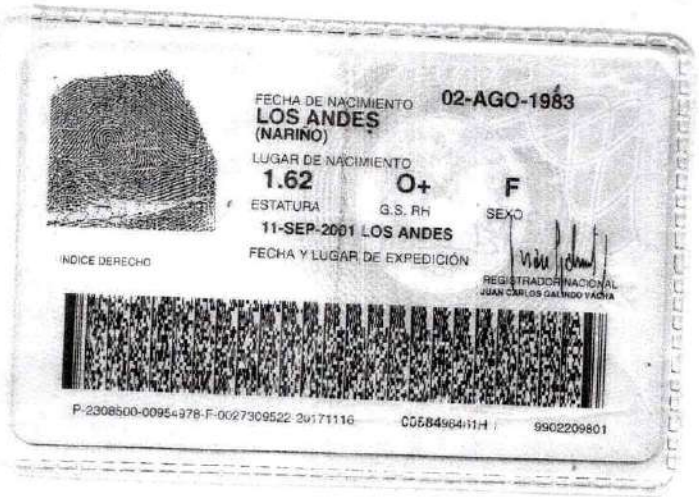
Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

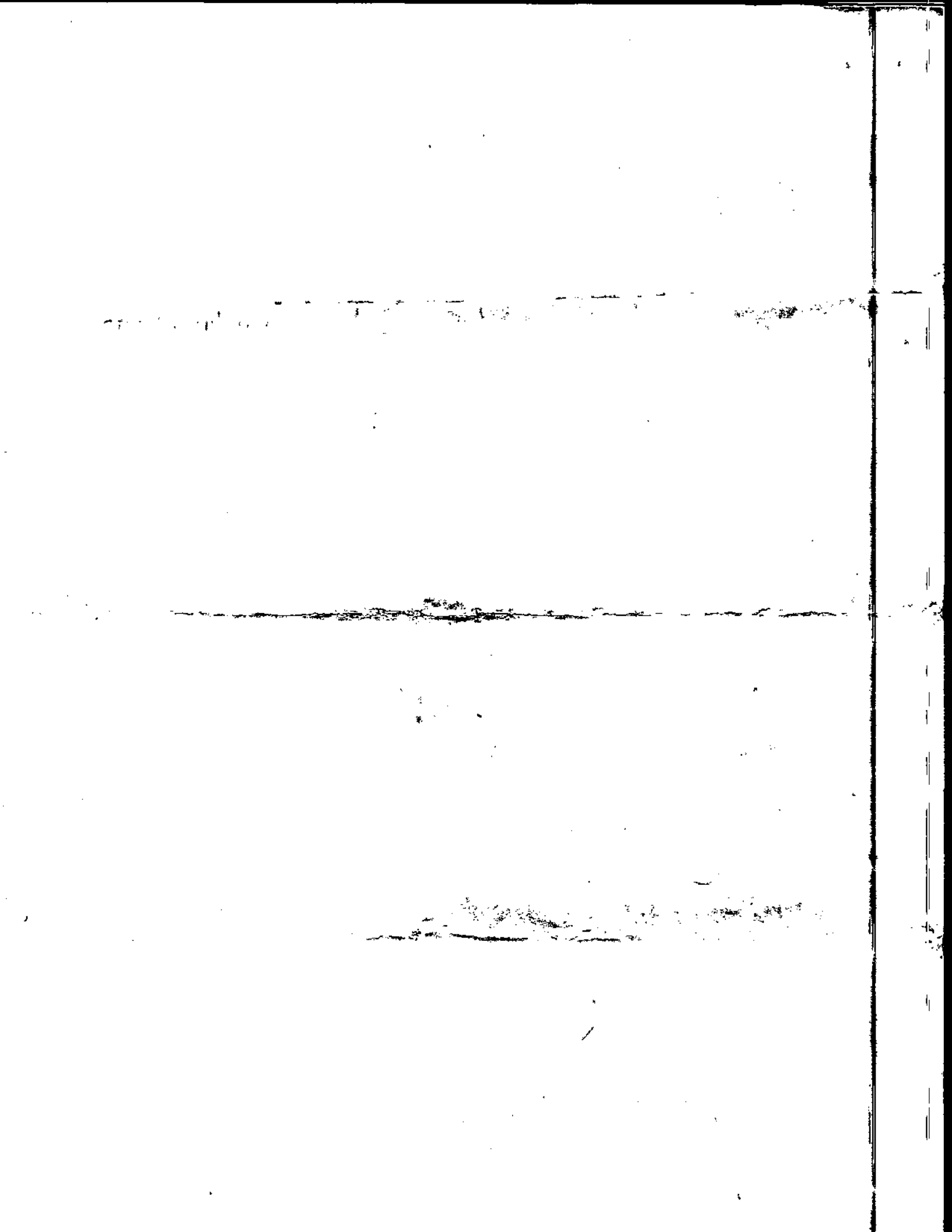
NÚMERO 27.309.522
MONTENEGRO NUPAN
APELLIDOS
BLANCA MIRIAM
NOMBRES

BLANCA MONTENEGRO N.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-AGO-1983
LOS ANDES
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
11-SEP-2001 LOS ANDES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

P-2308500-00954978-F-0027309522-20171116 0058496401H 9902209801



acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

UA6
Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:4 CICLO: U4 RUTA:U44779

BIMESTRAL

10648381
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

12455572912
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
JUAN CARLOS BETANCOURT SANDOVA

Dirección del predio
CL 106A SUR 4 41

Barrio: ANTONIO **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 07:55:23	ABR/22/2025 16:12:36

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena...

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 32

30	30	31	29
AGO-OCT $113.397	OCT-DIC $113.816	DIC-ENE $121.714	ÚLTIMO CONSUMO

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
29.000	475

En este período consumiste menos agua que en el anterior.

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 7493
Lectura anterior 7464
Tu consumo este período 29

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca AQUAFORJAS
Serie 448020

Tipo VOLU0168
Diámetro pulgadas ½

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo
- Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida
- Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros
$53.405,98	+	$53.805,29	+	$12.656-
1		2		3 4 5 6

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

Escanea y paga virtual

Conoce nuestros canales de pago virtuales o presenciales al final de la página

Total ingresos del período
Pagos que la EAAB ESP recibe a la CIAA en el periodo actual

= Total a pagar $94.555

CUDE: (Código Único de Documento Electrónico): 373eaae5e3982b88faa0045ad4e7613ecd1561355d6caaa6a64cd7223990bf0545361b81d0941167f7fa3954a7c6e

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	Valor unitario	%	Aporte (+) o Subsidio (-)*** %	Aporte (+) o Subsidio (-)*** Valor	Tarifa***	Total	Cant.	Valor unitario	%	Aporte (+) o Subsidio (-)*** %	Aporte (+) o Subsidio (-)*** Valor	Tarifa***	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2.00	$9.200,86	-70		$12.881-	$2.760,20	$5.520,72	2.00	$4.573,36	-70		$6.123-	$1.312,01	$2.625,72
Consumo residencial básico (m³)	22.00	$3.320,94	-70		$54.222-	$1.696,29	$23.238,66	22.00	$3.763,33	-70		$57.955-	$1.129,00	$24.838,26
Consumo residencial superior básico (m³)	7.00	$3.320,94			$0	$3.320,94	$23.246,58	7.00	$3.763,33			$0	$3.763,33	$26.343,31
Cargo fijo no residencial (mes)														
Consumo no residencial (m³)														
Subtotal					$67.103-		$53.498,58					$64.078-		$53.805,29

* Corresponde a consumos de hasta 31 m³ mensuales (62 m³ bimestrales). ** (+) Aporte: única para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1, 2 o 3.
*** La tarifa se determina a partir del valor tarifario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un ½ si hay un aporte, agrega un 2.

Tasas ambientales
Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico.

Tarifa consumo básico ($/m3)
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)
Total por consumo facturado

Tasa Uso (Acueducto)
Tasa Retributiva (Alcantarillado)

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$1-
Contribución vital total	$12.675-
Intereses de mora	$20
Subtotal	12.656-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

7 Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

8 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras:
puntored · Tpaga · Daviplata · Nequi · Claro pay · ualá · dale! · App EAAB · EAABMóvil

Para quienes requieran desplazarse a corresponsales bancarios autorizados:
Punto de Pago · puntored · EFECTIVO TODO

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

La EAAB ESP sólo tiene convenios con las siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Bancolombia, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Citi.

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar

$94.555

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)7707204852718(8020)124565729126(3900)000000094555

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS · CONCILIADORES LARO · ÚNICO DE REGISTRO 1100100 10 ·AIS ESP

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de historia clínica: 93	MICROCHIP: SI / NO: 900255002404660	FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: niña		COLOR: parda
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA criollo EDAD 1 año	PESO: 2.6 KG MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO X COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Agnes Jazmine cruz morales	DIRECCION Kr 12 #110 Sur 41	TELEFONO 3142159428
CEDULA: 41.696.425	CORREO ELECTRÓNICO: 3142159428@sin correo	
BARRIO O VEREDA usminia	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL	

3. ANAMNESIS

busca salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: mayo 2025	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: N/A.	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R.

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

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

4. EXAMEN CLINICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 143 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 38.7 °c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 mL	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1161642[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:



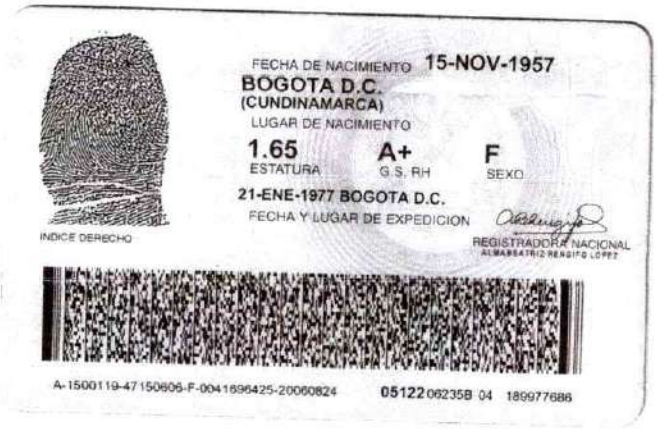
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.696.425

CRUZ MORALES
APELLIDOS

AGNES JAZMINE
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-NOV-1957
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

21-ENE-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

A-1500119-47150806-F-0041696425-20060824 05122 06235B 04 189977686

173

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: **4719852-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351163050-7

CLIENTE

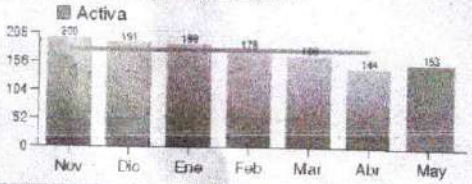
FAVIO ESPITIA
KR 12 NO 110 SUR 41 PI 1
BOGOTA, D.C. - USMINIA

02 020 5294 / 075-209087

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $856,43

CONSUMO DIARIO: 4,78 kWh

VALOR DIARIO: $2.152

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 153 kWh

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

¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR.
Marcas registradas de The Bank of Nova Scotia, utilizadas bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a política de crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000002020529 4
RUTA LECTURA:	10020200056
MANZANA DE LECTURA:	MS00053895
MEDIDOR NO:	075-209067
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



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

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz, esto iluminará los espacios de tu hogar.

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/solicitudes
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
350 880 8023 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia · @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 514 0065 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente
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: Daviplata · Dale! · MOVII · Nequi · Tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED · Efecty · Su Reval · MOVIRED · Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Olímpica · Éxito

Código QR

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROACAMBIENTAL 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: MAR/2025
G: $338,40 T: $56,28 D: $293,26 CV: $76,75 PR: $67,98 R: $23,76 CF: $0,00 : $856,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 1 CIRCUITO: UM27 255/3TR1 - NIVEL DE TENSIÓN1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11 24 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1996.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información 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.

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

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

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

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 03/05/2025 01:04:27
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 13:17:12

CUDE: 8e834bdcfdf5010fa74bfbdfaa76abbc13c47c75e8f8fbc71b7dd1a6f67fbd125e6e6945c7ad61ed652d6f5a69e68e517

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.812

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

173

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica 94	MICROCHIP: 900255002182570	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Venus				COLOR: Amarillo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA Mestizo	EDAD 8M	PESO: 2-2 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: Sara Rubiano Ahumada		DIRECCION Cr 3B Este #85A35 Sur	TELEFONO 3124354829
CEDULA: 79.306.096		CORREO ELECTRÓNICO: rubianosara@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA Alfonso Lopez	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Tecnologo NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud.

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

4. EXAMEN CLINICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 141 l/m	F. RESPIRATORIA: 26 r/m	TEMPERATURA: 38.4°c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: —				

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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: 79306096

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:

76


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 79.306.096
RUBIANO AHUMADA
APELLIDOS
JAIRO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-OCT-1962
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
15-OCT-1982 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500105-47139881-M-0079306096-20060801 0025506152A 02 201561194



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!

grupovanti.com

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban* · BBVA* · Bancolombia* · Banco Falabella · Banco Pichincha* · Nequi · Daviplata* · dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

*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. 800.088.813-6

¡Hola!

vanti Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.

CARMEN ROSA RODRIGUEZ
KR 7B ESTE 85A SUR 35 - ALFONSO LOPEZ
BOGOTA

Medidor Gas No. 5057101-12856

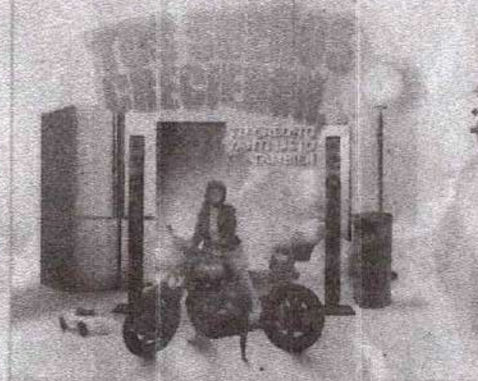
Lote: P08GN **Ruta:** 0011640262460005000 **Código del Sector:** 111

Cuenta o referencia de pago **61988263**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO **APROBADO ES:**

96



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 ofrecida 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: 61988263

BOGOTÁ

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 ($)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	4M3	3.282,01	0,00	13.128,04
MENOS SUBSIDIO (54%)	1UN	-7.064,20	0,00	-7.064,20
AJUSTE DECENA	1UN	2,81	0,00	2,81
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	73,35	0,00	73,35

1 Total $6.140,00

Tus financiaciones

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

2 Total $0,00

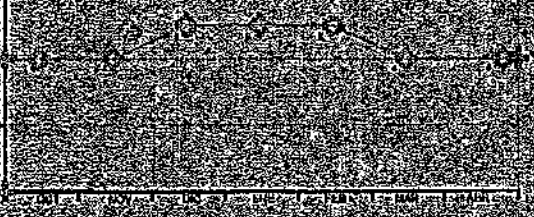
3 Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $6.140,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
11 Mar. 2025	3000	REAL
09 Abr. 2025	3005	REAL

Consumo (3005 - 3000) x Factor de corrección = A

Tu próxima lectura será

Entre el 7 y el 12 de Mayo

Novedades de tu factura

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 Dic. 2029

¿Agendaste ya tu RPO? aquí

Tarifas

Valor actual de gas este mes va de $2043

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

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



(415)7709985026025(8020)61988263(3900)0000000006140

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC: 95	MICROCHIP: SI 900255002182561	FECHA: 08-05-2025

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Perla				COLOR: Atigrado	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA Mestizo	EDAD 3m	PESO: 1-4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___		

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nataly Vanesa Ramirez León		DIRECCION: Cll 106 B Sur # 5-68	TELEFONO: 3229615390
CEDULA: 1.007.297.965.		CORREO ELECTRÓNICO: vleon6648@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Antonio José Sucre.	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N-R
N/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/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 149 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 r/m	TEMPERATURA: 38.2 ºc	TLLC 1 seg	MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.1 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.1 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.1 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.05 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	**Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474**	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	**Dra. Vanesa Florian T.P 32236**	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:
Nataly León	1009299181

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:



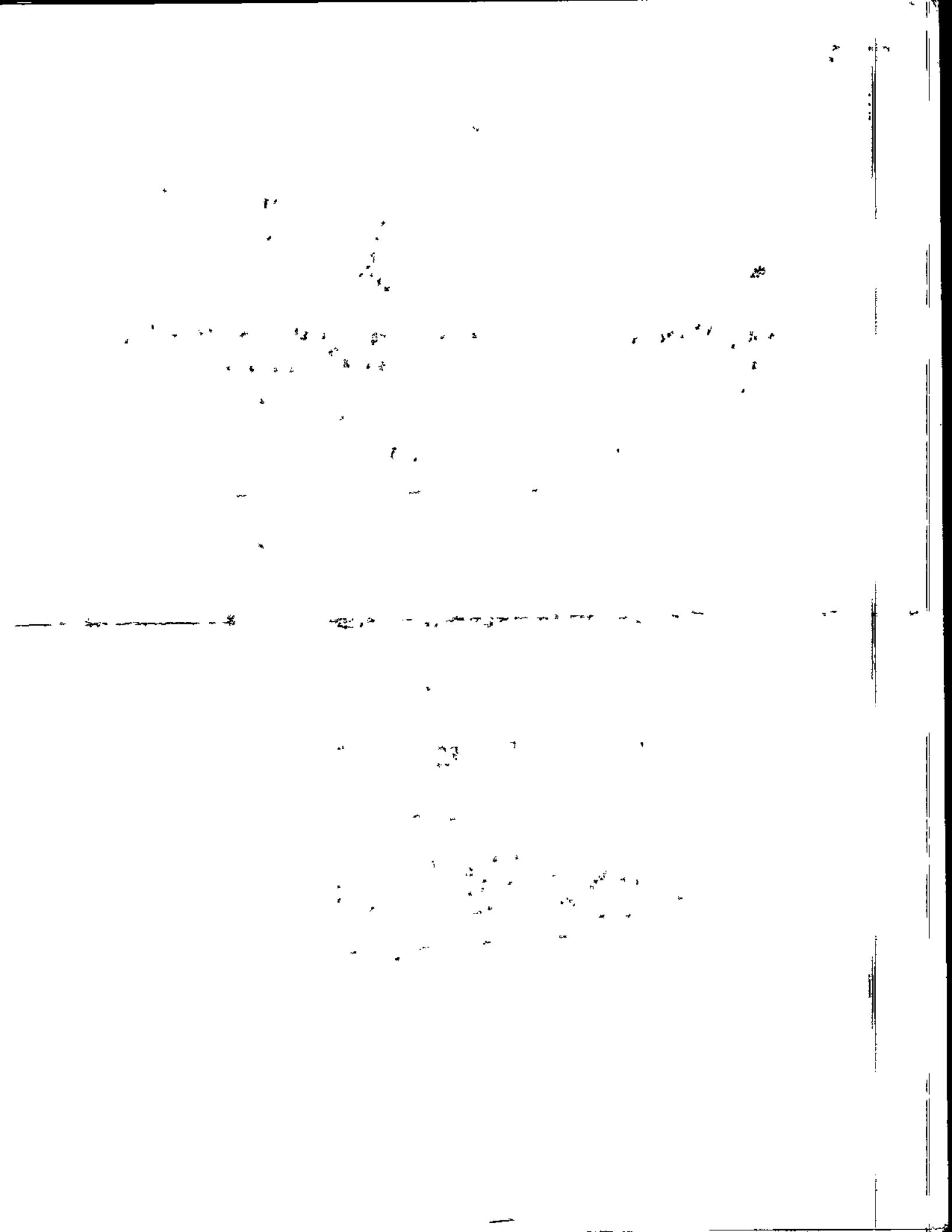
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

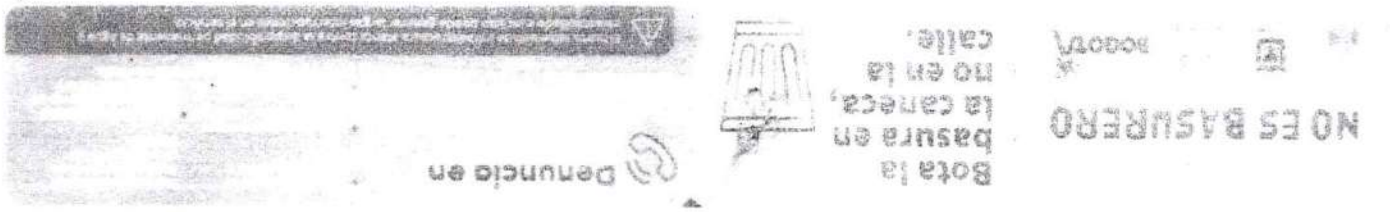
NÚMERO 1.007.297.965
RAMIREZ LEON
APELLIDOS
NATALY VANESA
NOMBRES
Nataly leon
FIRMA

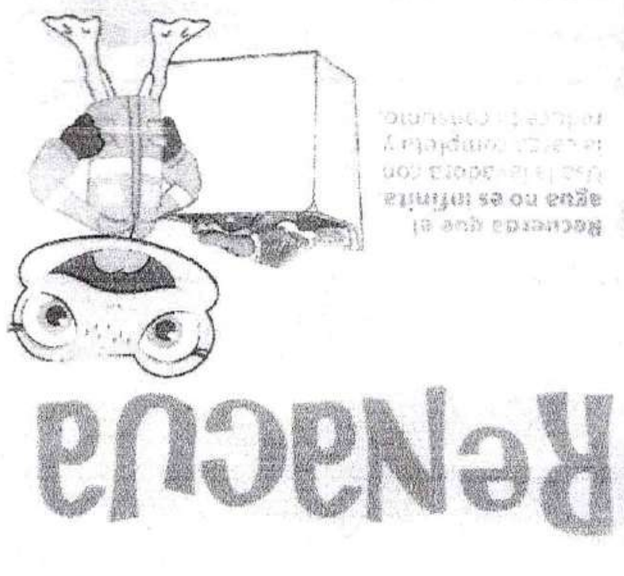
82



FECHA DE NACIMIENTO 01-ENE-2002
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
07-JUL-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
A-1500150-01292876-F-1007297965-20220429
0078943165A 1
8504490028









acueducto 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:U44779

BIMESTRAL

10640121
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11075105111
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga o documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA PAREDES

Dirección del predio
CL 106B SUR 5 68

Barrio: ANTONIO **Localidad: USME**

Dirección de correspondencia

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 07:55:23	ABR/22/2025 15:58:19

¡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.

Datos adicionales del predio

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

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

Llámanos 116

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.

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA DE USME | BOGOTÁ

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

HC: 96	MICROCHIP: SI	900255002182555	IA: 08-05-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kupuro Cubillos				COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA Mestizo	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 X MIXTO OTRO___	

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO X COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Rosa Ines Cubillos.	DIRECCION Dg 117 g Bs # 0-47 sur	TELEFONO 3144311771
CEDULA: 52.218.409	CORREO ELECTRÓNICO: 3144311771 @ sincxle O	
BARRIO O VEREDA El Uval	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: Enero 20-25	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/aaa RABIA: dd/mm/aaaa	
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa	

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISICILOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 26 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosadas	

OBSERVACIONES: ———

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	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	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 Ines Cubillos	52219109

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 **52.218.409**

CUBILLOS

APELLIDOS

ROSA INES

NOMBRES

Rosa INES CUBILLOS

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-JUL-1978**

ARBELAEZ
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-AGO-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00914325-F-0052218409-20170621 0055907657A 2 9910033645

enel | Bogotá

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

3709908-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 331157927-4

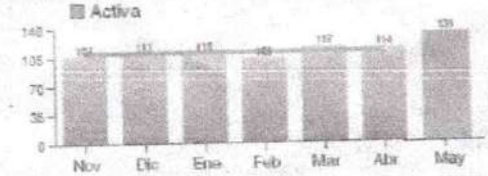
CLIENTE

LEONI MORENO MURCIA
DG 117 G BIS SUR NO 0 47 PI 1
BOGOTA, D.C. - EL UVAL

02 021 7078 / 110-11035991

86

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $858,43

CONSUMO DIARIO: 4,09 kWh

VALOR DIARIO: $1.561

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 131 kWh



¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!

Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020217078
RUTA LECTURA:	10020210133
MANZANA DE LECTURA:	M520250220
MEDIDOR NO:	110-11035991
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz, esto iluminará los espacios de tu hogar.

CONTÁCTANOS

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente
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

Billetera Virtual: dale, MOVII, Nequi

Corresponsales Bancarios

Red Distrital: 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 BOGOTA 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 133 134

Linea de servicio al cliente 110

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

FECHA GENERACIÓN: 03/05/2025 00:45:01
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 14:37:15

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 97	MICROCHIP: 900255002182378	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Coco			COLOR: amarillo blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 4 años	PESO: 29 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR___ CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO___ OTRO___		

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Biberly Juliani Jaramillo Lopez	DIRECCION cra 24 este # 102-21 sur	TELEFONO 3163178275
CEDULA: 1022.938.929	CORREO ELECTRÓNICO: biberjarolopez1987@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Antonio José de Sucre	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: NR.
enero 25-25	NR	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 23 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °C	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: rosadas
OBSERVACIONES: ___				

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.3 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Liberly Jaramillo	1022938920

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 **1.022.938.929**

JARAMILLO LOPEZ

APELLIDOS

BIBERLY JULIANI

NOMBRES

Biberly Jaramillo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-DIC-1987**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-DIC-2005 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00884178-F-1022938929-20170217 0053742561A 1 1944315427

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. Habilitado a cargo de las empresas de servicios públicos que conforman el Grupo Vanti. Consulta los puntos digitales habilitados en cada una de las empresas en www.vanti.co/ANC. Exclusivo para [illegible]

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 varios cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Banco de Bogotá · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Davivienda · Banco Pichincha · Nequi · 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.

CANALYA SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.096.812-8 7049231072024

¡Hola!

JOSE GERARDO JARAMILLO
KR 2A ESTE 102 SUR 21 00001 - ANTONIO JOSE SUCRE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5037101-132984

Lote: P07GN **Ruta:** 0011640201450005000 **Código del Sector:** 110

Cuenta o referencia de pago **61591904**

vanti Listo

Compra [illegible]

TU CÓPO 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 [illegible] 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 en cartera ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación consultada 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

110
0011640201450005000
P07GN

Factura de gas

Abril 2025

Cuenta/referencia de pago: 6159180

Bogotá

CUENTA EN MORA

vantiv

Más formas de pagar

Fechas importantes

1 Pago oportuno: PAGO INMEDIATO

2 Fecha de suspensión: INMEDIATO

3 Periodo facturado: Mar. - Abr. 2025

4 Emisión de tu factura: 12 Abr. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor Unit. $ (B)	IVA % (C)	Subtotal $ (A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	7M3	3.282,01	0,00	22.974,07
MENOS SUBSIDIO (54%)	1UN	12.382,95	0,00	12.382,95
AJUSTE DECENA	1UN	4,62	0,00	4,62
RECAUDO TERCEROS Cobrepark Proteca	0	57.000,00	0,00	57.000,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	573,38	0,00	573,38
Valor de Montadas Base Recarga	1UN	60,74	0,00	60,74
Intereses Moratorios Base Recarga	1UN	82,85	0,00	82,85

Total: $48.303,41

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Plazo (N)	Capital (A)	Intereses (B)	Subtotal C=A+B
1,9100 % Visita RPO Cliente Residencial	0/2	6.968,59	573,38	6.968,59

Total: $6.968,59

Valor facturas vendidas

$50.630,00

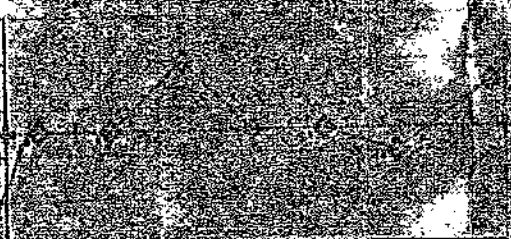
Total a pagar

$105.920,0

Pagar por

Escanea para pagar

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso: Residencial | Estrato: Uno | Días de consumo: 31

Fecha	Lectura	Tipo
09 Mar. 2025	6583	REAL
08 Abr. 2025	6592	REAL

m³ Facturados: 6582 | Factor de corrección: 7

Tu próxima lectura para: Entre 06 y el 11 de Mayo

Novedades de tu factura

Oficina: 284240

Reinstalación de la falla de luz: Apertura, $5; Reconexión intereses del mes a que se suspendió el servicio. Valor de la reconexión $71.110.-

(415)7709000260258020615918041(3900)000000000105920

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 31 Ago. 2029

Tarifas

El valor de tu factura sin cuenta mes es de: $2943

Ene. $2480 Feb. $3371 Mar. $2835

Componentes tarifarios

Cu: 575,01 Cm: 641,59 Cc: 0,0

Pm: 60,71 Pc: 0,0 Pr: 0,0

Cm: 0,0 Tr: 42,475 Cv: 0,0 Pv: 0,0

Cv: 0,0 Tarifa: 42,475 DAUM: 0,0 DAUM: 0,0

Factor de corrección

Vm: 0 Vc: 0,782727 Fc: 1,00401 Fc: 0,77103

Z: 1 Pcs: 1,15 Pcs: 1,15 Pcs: 1,01008

Pcs: 0,754 Pcs: 0,923 Pcs: 1,0

Factor de corrección: 0,77103

Indicadores de calidad

IRST: 100,0 IRCE: 0,0 IRCT: 100,0 IR: 100,0



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 98	MICROCHIP: SI / Número de M:	Expiry – Date: 2030/02/07 900255002404369	FECHA: 08-05-23

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: N/A				COLOR: Negro / Blanco	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: Mestizo	EDAD: 1A	PESO: 2.5 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: Maria Ines Pinzon Hueltas		DIRECCION: cl 106 sur 7 este 3-7	TELEFONO: 3125514420
CEDULA: 39.766.724		CORREO ELECTRÓNICO: 3125514420 e sin Correo	
BARRIO O VEREDA: Antonio Jose Sucre	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: BTO	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___		
NS/NR:			

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °c	TLLC: 1 seg	MUCOSAS: Rosadas	
OBSERVACIONES: —					

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Maria Jose Pinzon Fuentes	39766724 Bta

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 39.766.724

Apellidos
PINZON HUERTAS

Nombres
MARIA INES

Nacionalidad
COL

Estatura
1.49

Sexo
F

Fecha de nacimiento
05 MAR 1971

G.S.
B+

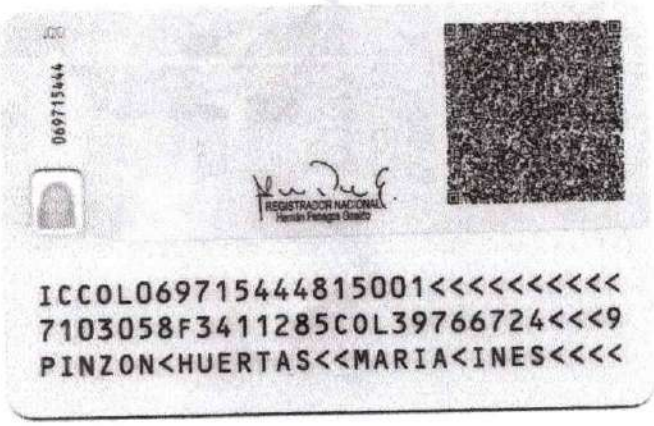
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
12 MAYO 1989, BOGOTA D.C.

Firma
Maria Ines Pinzon Huertas

Fecha de expiración
28 NOV 2034

101


069715444

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL069715444815001<<<<<<<<<<<
7103058F3411285COL3976724<<<9
PINZON<HUERTAS<<MARIA<INES<<<<



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 vigente desde el 17 de enero al 30 de junio de 2025 para usuarios activos del servicio de gas natural residencial. Aplica para [illegible] de servicios públicos que [illegible]. Consulta más detalles en [illegible].

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Davivienda, Davivienda Plata, Nequi, dale!

*Permite adicionalmente suscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra redes sociales como @grupovanti y conoce nuestros 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

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 860.190.648-9 10/02/2025

¡Hola!

vanti
Más formas de avanzar

MARIA INES PINZON
CL 106 SUR 1 ESTE 21 00001 - ANTONIO JOSE SUCRE
BOGOTA

Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057101-401644

Lote: P07GN **Ruta:** 0011640161040005010 **Código del Sector:** 110

Cuenta o referencia de pago **61774302**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



vanti

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 Comercializadora S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Vanti S.A. ESP es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones sometidas a la política de financiación constituida en grupovanti.com/vantiesta.

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 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 para hacer uso de la línea de preferencial para estrato 1 y 2 debes acreditarlo de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

110
0011640161040005010
66352
P07GN
C1

Factura de gas

Cuenta o referencia de pago: 61774302 | Abril 2025 | BOGOTA

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 23 Abr. 2025
2. Fecha de suspensión: 29 Abr. 2025
3. Periodo facturado: Mar. - Abr. 2025
4. Emisión de tu factura: 12 Abr. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	16M3	2.942,88	0,00	47.086,08
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	0,75	0,00	0,75
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	22.838,00	0,00	22.838,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	176.816,63	0,00	176.816,63

1 — Total $277.060,67

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.91 % V-Movilidad Vanti	3/36	134.859,33	176.816,63	134.859,33
1.9100 % Cuota Protegida	2/12	14.000,00	0,00	14.000,00

2 — Total $148.859,33

3 — Valor facturas vencidas

$0,00

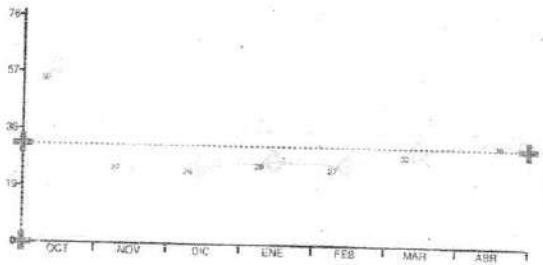
Total a pagar 1 + 2 + 3

$425.920,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
09 Mar. 2025	8707	REAL
08 Abr. 2025	8754	REAL

m³ corregido= 8754 - 8707 * Factor de corrección = 36

Tu próxima lectura será

Entre 06 y el 11 de Mayo

Novedades de tu factura

Esta factura NO incluye importes reclamados por COP. 75.697,00
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 Mar. 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 41 005 de 2017

Agenda ya tu RPO aqui

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: 1682.63	Tm: 573.01	Dm: 621.53	Cm: 0.0		
Pr: 55.71	Cvm: 0.0	Cufm: 0.0	Cuom: 0.0		
Com: 0.0	Fpcm: 42.475	DAUR: 0.0	DAURR: 0.0		

Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 425 kWh y el precio unitario del kWh es: $182.13

Factor de corrección

Vm: 47	Kp: 0.76727	Kt: 1.00491	Pt: 0.77103		
Vc: 36	Tm: 14.15	Tc: 15.56	Pe: 1.01009		
Pv: 0.752	Pm: 0.023	Fpv: 1.0			

Factor de corrección: 0.77103

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPI: 100.0



(415)7709998026025(8020)61774302(3900)00000000425920

Vigilada y sujeta por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUIR 2-1100100 ® VANTI S.A. ESP. NIT: 800.007.813-5. Revisor fiscal Deloitte y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994.

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 99	MICROCHIP: SI / Número de Mic: 900255002404367		FECHA: 08-05-25.
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nubecita				COLOR: Blanco / Gris	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA Mestizo	EDAD 4M	PESO: 1,3 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 Dado en casa					

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Julieth Carolina Cabrera Sandoval	DIRECCION CL 105 Sur 3A 13	TELEFONO 3224487908
CEDULA: 1000455562	CORREO ELECTRÓNICO: carolinacabrera72@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Antonio Jose Sucre	ESTRATO: 1.	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Técnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NR	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: 30 Abril/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: NR CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

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 PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA: 147 l/m	F. RESPIRATORIA: 23 r/m	TEMPERATURA: 38.4 °c	TLLC: 1 seg	MUCOSAS: Rosadas	
OBSERVACIONES: ———					

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirúgia 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: 1000055562

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.455.562**

CAPERA SANDOVAL

APELLIDOS

JULIETH CAROLINA

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-OCT-2001**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-NOV-2019 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1500150-01223839-F-1000455562-20210323 0073849455A 1 9915146613



92

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

LIA6

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:4 CICLO: U4 RUTA:U44779

BIMESTRAL

10640521
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40716619693
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
RODRIGO CAPERA AROCA

Dirección del predio
CL 105 SUR 3A 13

Barrio: ANTONIO **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 07:55:23	ABR/22/2025 16:05:33

¡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 conoce información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena.

47000

este período

...res tu promedio de consumo fue 19

20	16	20
AGO-OCT	OCT-DIC	DIC-ENE	ÚLTIMO CONSUMO
551.336	551.810	543.086	

En este período consumiste más agua que en el anterior

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
20.000	328

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 1616 — Facturada con Consumo Normal
Lectura anterior 1596 — Base promedio
Tu consumo este período 20 — Descargas fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca FLODIS DE ACTARIS — Tipo VELO01512
Serie A119307233 — Diámetro pulgadas ¾

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo
- Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida
- Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

1 Acueducto	+	2 Alcantarillado	+	3 4 5 6 Otros cobros
$26.646,52		$25.203,32		$12.676

Consulte el detalle de estos cobros en la sección numerada en amarillo

Escanea y paga virtual

Total negocios del período
Incluye cargo por EAAB-ESP vencido a la fecha en este período

= Total a pagar $58.021

Puedes pagar en la página web, app y billeteras

CUDE: Código Único de Documento Electrónico:

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Ajuste Dec. 1 y Acuerdo 1	Valor	Tarifa**	Total	Cant.	Valor unitario	Ajuste Dec. 1 y Acuerdo 1	Valor	Tarifa**	Total
Cargo fijo residencial (mes)												
Consumo residencial básico (m³)												
Consumo residencial a partir básico (m³)												
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal												

* Consumo en el consumo de base 17 m³ bimestrales (22 m³ para el mes). ** (+) Aporte; (-) Subsidio; ajustes para estratos 1, 2 o 3.
La tarifa de acueducto se aplica con valor en tarifa del cargo fijo o del consumo. Si cobra en actividad, los consumidores en 5, al hay un aporte, agregue un 5.

2 Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Ajuste Dec. 1 y Acuerdo 1	Valor	Tarifa**	Total	Cant.	Valor unitario	Ajuste Dec. 1 y Acuerdo 1	Valor	Tarifa**	Total
Cargo fijo residencial (mes)												
Consumo residencial básico (m³)												
Consumo residencial a partir básico (m³)												
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal												

Tu consumo este bimestre
Tarifa consumo básico (m³/mes)
Tarifa consumo adicional básico (m³/mes)
Total por consumos facturados

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Subtotal	

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

6 Descuentos aplicados

Concepto	Valor
Subtotal	

7 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

Para algunos negocios disponibles a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago — puntored

Más información en nuestras oficinas de atención al cliente o en www.acueducto.com.co

La EAAB-ESP Aceptamos tarjetas con las siguientes franquicias: Credencial, Colpatria, Cajas Sodo, Red Codensa, American Express, Diners Club International, Discover y Cifin

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$58.021

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DE SERVICIO PÚBLICO No.
Señor usuario: Este documento es un equivalente de la factura electrónica de servicios públicos domiciliarios. (Este pago no podrá ser efectuado en bancos y los CADE, no podrán efectuarse en ninguna oficina).

(415)7707200485271(8020)407168198935(3900)000000058021

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS. NRO. ÚNICO DE SUSCRITO 1 1605069 10 245 1

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA DE USME | BOGOTÁ

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

Expiry – Date: 2030/02/07
900255002406202

HC Número de historia clínica: 100	MICROCHIP: SI Número de microchip:	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pintas			COLOR: Blanco / Gris	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA Mestizo	EDAD 2A	PESO: 2.9 KG
MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X				
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___		

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO X PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mercedes de la Asuncion Agudelo Gaona	DIRECCION Cl 176 A SUR N° 5-34	TELEFONO 3142900866
CEDULA: 51.565.999	CORREO ELECTRÓNICO: mercedes04.agudelo@gmail.com	
BARRIO O VEREDA El Uval	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL___	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buena salud → 36 días último parto

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R
Enero 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/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 145 l/m	F. RESPIRATORIA: 21 r/m	TEMPERATURA: 38.3°c	TLLC: 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO X o RECHAZO_____la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía** (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirúgía 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:
Mercedes Naddle	5563799

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 51.565.999

AGUDELO GAONA

APELLIDOS

MERCEDES DE LA ASUNCION

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-1957

GACHANTIVA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

28-FEB-1979 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00276952-F-0051565999-20110108 0025442544A 1 1481088461

103

enel Bogotá

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

1908737-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347525146-5

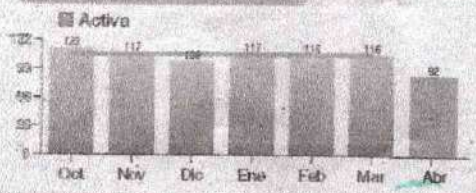
MERCEDES AGUDELO
CL 116 A SUR NO 5 34
BOGOTA, D.C. - EL UVAL

02 021 4767 / 018-25470679

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

Nuevo canal / Formulario online:

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $843,71
CONSUMO DIARIO: 3,17 kWh
VALOR DIARIO: $1.185

PERIODO FACTURADO: 27 FEB 2025 A 27 MAR 2025
DÍAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES: 92 kWh

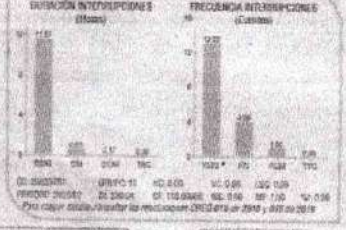
Recuerde mantener siempre la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO al día para que se ajusten a tu Cuenta de Cobro Mensual

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	1,76
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020214767
RUTA LECTURA:	1002020613
MANZANA DE LECTURA:	MS20250220
MEDIDOR NO:	018-25470679
MEDIDOR NO:	018-25470679

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

CALIDAD DEL SERVICIO



Para saber detalle, consulte la resolución CREG en la página web

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes: contactenos.personas@enel.com
Quejas y reclamos: en cualquier punto de atención
Bogotá, Sabana y Cundinamarca: 601 5 116 115
Registrate gratis
Ahora gestiona desde la página Web
App Enel Clientes Colombia
115 Gratuito las 24 horas.
Defensoría del Cliente
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: Débito Automático, Cobro Electrónico, Botón de Pago Online, Billetera Pago Bancolombia
Billetera Virtual
Corresponsales Bancarios
Red Física
Centros de Servicio
Código QR
Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6 S - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54-35/40 Local 120-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES ENEL/AIOG / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025
CU: $285,76 | PR: $69,69 | R: $10,93 | CP: $0,00 | $843,71 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 9514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 17,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 26 de enero 2012. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 2018.

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 comuníquese al (601) 5 116 115, línea de Bogotá o al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Demás grandes consumidores según resolución No 0101 de 19 de diciembre de 2020.

Esta factura no cumple requisitos para ser título valor de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG 156 de 2011, consulte www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la normativa Ciudad Bien 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) 5 116 115, línea de Bogotá o 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 (cargos de Comercialización), 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 otros cargos, por favor diríjanse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 02/04/2025 02:34:45
FECHA EXPEDICIÓN: 02/04/2025 17:33:15

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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

HC Número de Historia clínica 101	MICROCHIP: SI Número d 900255002404257	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tiara			COLOR: Blanco/ pardo	
ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA Mestizo	EDAD 1A	PESO: 3.5 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___CONCENTRADO X MIXTO OTRO___	

ORIGEN: NS/NR___RESCATADO X COMPRADO___ADOPTADO___REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Edison Alirio Chavarro Arias	DIRECCION cl 109 sur # 8-22	TELEFONO 3137094210
CEDULA: 1003.558.770	CORREO ELECTRÓNICO: edison_chavarro13@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA Usminia	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Tecnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA___APTO X RURAL	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buena salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R
Abril 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/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 143 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 38.3 °c	TLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ———

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	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1003558410

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:

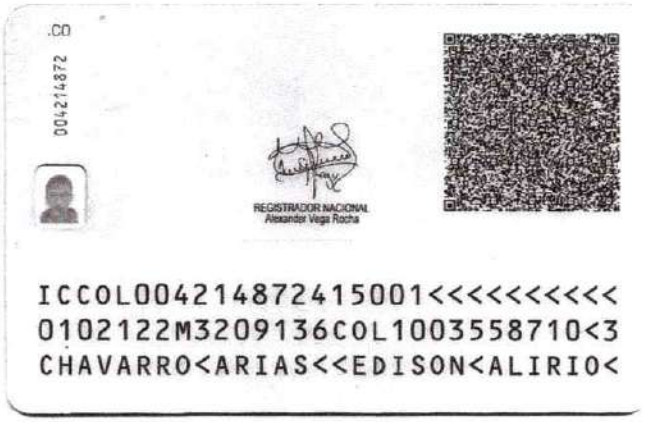
AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

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:


.CO
004214872
REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha
ICCOL004214872415001<<<<<<<<<<
0102122M3209136COL1003558710<3
CHAVARRO<ARIAS<<EDISON<ALIRIO<


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.003.558.710
Apellidos
CHAVARRO ARIAS
Nombres
EDISON ALIRIO
Nacionalidad
COL
Estatura
1.73
Sexo
M
Fecha de nacimiento
12 FEB 2001
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
SAN BERNARDO (CUNDINAMARCA)
Fecha y lugar de expedición
18 FEB 2019, BOGOTA D.C.
Firma
Fecha de expiración
13 SEPT 2032

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: **3663520-7**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351169455-9

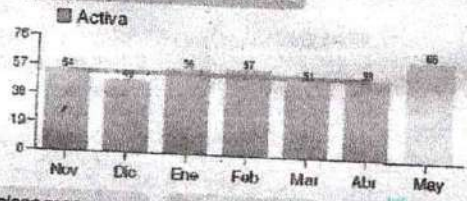
CLIENTE

ANA BOHORQUEZ VIVAS
CL 109 SUR NO 8- 22 PI 2
BOGOTA, D.C. - USMINIA

02 010 6512 / 110-11083349

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $655,43

CONSUMO DIARIO: 2,06 kWh

VALOR DIARIO: $779

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 66 kWh

Llevar energía a tu predio es un trabajo en equipo.

Enel se encarga de la infraestructura eléctrica externa, identifica que todos los predios cuenten con conexiones eficientes y seguras.

Cuidemos elementos que te corresponden, si identificas daños, puedes reportarlos al 601 514 0000

¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos
Crédito Fácil CODENSA disponible en el QR.

Tarjeta expedida de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aplica términos y condiciones. Consulte más en www.fincacodensa.com

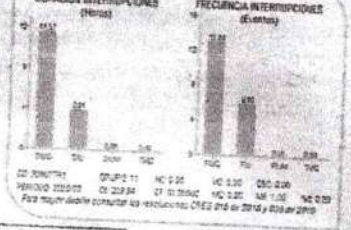
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,76
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020105512
RUTA LECTURA:	10020103482
MANZANA DE LECTURA:	MS00253863
MEDIDOR NO:	110-11083349
SUBCLASE:	Básica

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz, esto iluminará los espacios de tu hogar.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Trámites realizados en enel.com.co/tramites/solicitudes

Chat de servicio en enel.com.co/personas/chat-de-atencion

350 600 6020 Línea Bot o para Asesor

Enel Colombia @EnelColombiaCO

Regístrate gratis

Consulta fácil de la página Web

App Enel Clientes Colombia

SEDES DE ATENCIÓN AL CLIENTE	CONMUTADOR	CONTÁCTANOS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Presiona las 24 horas.	601 5140555

Defensor del Cliente
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: Daviplata, dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONFECED, efecty, Red Multiservicios, Reval, MOVII, NEQUI RED, Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Carulla, Jumbo

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el diligenciamiento del duplicado. El sello del corresponsal no es un soporte válido sin datos de recibido.

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

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

Línea de servicio al cliente 110

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

G: $295,40 T: $50,29 D: $288,28 C/U: $76,75 PR: $67,93 R: $33,76 CF: 20,00 / $958,43 Cuota kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: 0202-0201TH - NIVEL DE TENSIÓN: PRIMARIO Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 2514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 ser.vic. Demas autodeterminadores según Resolución No. 0047 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 ellos ante en la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información consúltenos 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 0063 de 10 de diciembre de 2009.

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 debe pagar dentro del plazo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

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

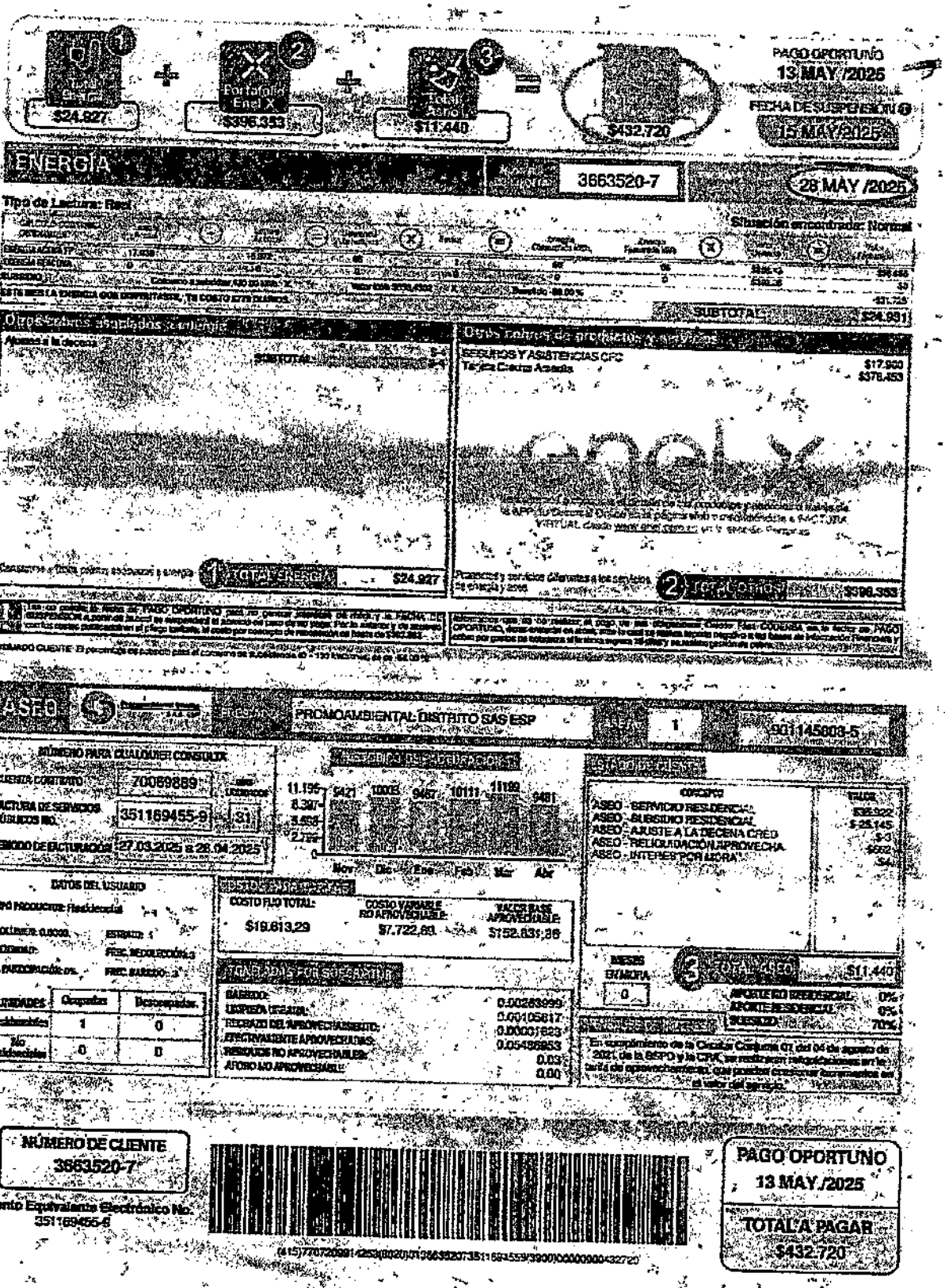
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de aseo para usuarios a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Empresa de Cobranza), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no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

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

FECHA GENERACIÓN: 03/05/2025 00:45:16
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 14:13:11

CUDE: 21bd8b1685ea9c76efa4003778097bdd9a9ab3813f63e05e136fe787d0fc9594e1e53671067911552eabeb862d3d9c0

Factura emitida por Facturación de Comunicaciones SAS NIT 900.174.482. Numeración habilitada mediante Resolución 18764000001 de 2019/01/31 prefijo FEB del 1 al 5000000. Vigencia 12 meses. Proveedor Tecnológico: Central Trade Visual Marketing S.A.S. NIT 900.321.151-0



$24.927
$396.353
$11.440
$432.720
PAGO OPORTUNO
13 MAY /2025
FECHA DE SUSPENSIÓN
15 MAY/2025
ENERGÍA
3663520-7
28 MAY /2025
Tipo de Lectura: Real
Situación encontrada: Normal
SUBTOTAL
$24.991
Otros cobros asociados a energía
Abonos a la deuda
SUBTOTAL
$-1
Otros cobros de productos y servicios
SEGUROS Y ASISTENCIAS CFC
Tarjeta Cuenta Aliada
$17.900
$378.453
enel x
Cargos y otros cobros asociados a energía
TOTAL ENERGÍA
$24.927
Productos y servicios diferentes a los asociados a energía y aseo
TOTAL COBROS
$396.353
ASEO
PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP
1
901145803-5
NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA
CUENTA CONTRATO
700089889
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.
351169455-9
S1
PERIODO DE FACTURACIÓN
27.03.2025 a 28.04.2025
HISTÓRICO DE FACTURACIÓN
11.196
8.397
5.598
2.799
0
9421
10005
9467
10111
11199
9481
Nov
Dic
Ene
Feb
Mar
Abr
CONCEPTO
VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL
$36.922
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL
$-25.145
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED
$-3
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA
$652
ASEO - INTERES POR MORA
$14
DATOS DEL USUARIO
TIPO PRODUCTOR: Residencial
VOLUMEN: 0,0000
ESTRATO: 1
OCUPANTE:
FREC. RECOLECCIÓN: 3
% PARTICIPACIÓN: 0%
FREC. BARRIDO: 3
UNIDADES
Ocupadas
Desocupadas
Residenciales
1
0
No residenciales
0
0
COSTO UNITARIO PROMEDIO
COSTO FIJO TOTAL:
$19.613,29
COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:
$7.722,69
VALOR BASE APROVECHABLE:
$752.631,26
ATENUADAS POR SUBSIDIO
BARRIDO:
0.00263999
LIMPIEZA URBANA:
0.00105617
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:
0.00001823
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:
0.05486853
RESIDUOS NO APROVECHABLES:
0.03
APORTE NO APROVECHABLE:
0.00
MESES EN MORA
0
TOTAL ASEO
$11.440
APORTE NO RESIDENCIAL:
0%
APORTE RESIDENCIAL:
0%
SUBSIDIO:
70%
En cumplimiento de la Circular Conjunta 01 del 04 de agosto de 2021, de la SSPD y la CRA, se realizan reliquidaciones en la tarifa de aprovechamiento, que pueden incrementar o disminuir el valor del servicio.
NÚMERO DE CLIENTE
3663520-7
Documento Equivalente Electrónico No.
351169455-9
(415)7707209891425(8020)0136635207351169455(3900)0000000432720
PAGO OPORTUNO
13 MAY./2025
TOTAL A PAGAR
$432.720

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 102	MICROCHIP: Expiry – Date: 2028/11/11 900255002182717	FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nieve			COLOR: Blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA: Mestizo	EDAD: 16 MES	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 X MIXTO___ OTRO___	

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Graciela Gomez Gomez	DIRECCION: Cl 116 Sur 7 16	TELEFONO: 3212855300
CEDULA: 51744190	CORREO ELECTRÓNICO: 3212855300@SINCORREO.COM	
BARRIO O VEREDA: Villa Israel	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: ENE 2025	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: N/R	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/aaa 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: 148	l/m	F. RESPIRATORIA: 22	r/m	TEMPERATURA: 38.6	ºc	TLLC: 1	seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Graciela Gomez Gomez	51744190

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 52



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.744.190
GOMEZ GOMEZ

APELLIDOS
GRACIELA

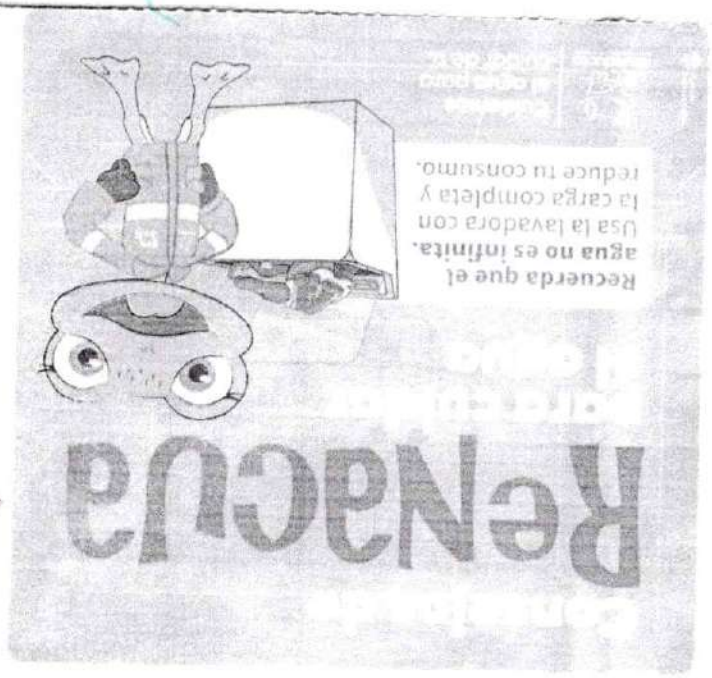
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1964
ONZAGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 ESTATURA
O- G.S. RH
F SEXO
28-FEB-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-1500150-00030061-F-0051744190-20080725 00014 32187A 1 1390008682



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:U44780A

BIMESTRAL

11343173
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

13816617719
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

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 07:56:18	ABR/22/2025 15:54:31

¡Hola!

Factura a nombre de
GRACIELA GOMEZ GRACIELA GOMEZ

Dirección del precio
CL 116 SUR 7 16

Barrio: VILLA ISRAEL **Localidad:** USME

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 18



En este período consumiste más agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período

21.000

Promedio al día

344

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo2492 — Facturado con Consumo Normal
Lectura anterior2471 — Base promedio
Tu consumo este periodo21 — Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA — Tipo VELO015C
Serie 03015IB002510 — Diámetro pulgadas ½

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo
- Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida
- Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros
$27.702,46		$26.332,65		$12.671-
1		2		3 4 5 6

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

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del periodo
Ingresos por la EAAB ESP vigente a la CMA en el periodo actual

= Total a pagar $41.365-

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 0d2f6e8d852957823f2cdcbbb07b90c0ae1d5ce7c0c5f953b0be02d681e509e6321bb1b5012d09e4206008137401d6

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	×	Valor unitario	%	Aporte (+) o Subsidio (-)** $	=	Valor	Tarifa***	=	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$9.260,86	-70	$12.961-		$2.780,26			$5.560,72
Consumo residencial básico (m³)	21,00		$9.920,84	-70	$51.756-		$11.096,24			$22.161,74
Consumo residencial superior básico (m³)										
Cargo fijo no residencial (mes)										
Consumo no residencial (m³)										
Subtotal					$64.639-			$27.702,46		

2 Alcantarillado

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$4.373,36	-70	$6.123-		$1.312,01			$2.623,72
Consumo residencial básico (m³)	21,00		$3.763,33	-70	$55.321-		$11.839,00			$23.708,93
Consumo residencial superior básico (m³)										
Cargo fijo no residencial (mes)										
Consumo no residencial (m³)										
Subtotal					$61.444-			$26.332,65		

* Corresponde a consumos de hasta 31 m³ mensuales (22 m³ bimestrales). ** (+) Aportes aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio aplica para estratos 1, 2 o 3.
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, agrega un %.

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$9,50	$26,39
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$87,97
Total por consumo facturado	$160	$554

Estimado usuario, tu factura cuenta con el Subsidio del Distrito de Bogotá. Gracias a tu apoyo continuamos con tarifas de hasta 31 m³ mensuales (22 m³ por cada período facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1, 2 y 3.

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$4
Otros conceptos total	$12.675-
Subtotal	12.671-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

App EAAB
EAABVirtual

Para cuando requieran desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago
puntored
FERRETODO

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

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

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS. LÍNEA DE REGISTRO 1 3000700 10 AB ES

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica 103	MICROCHIP: 900255002182711	FECHA: 08-03-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: House			COLOR: Gris Amarillo blanco
ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA criollo	EDAD 4 meses	PESO: 2.6 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___CONCENTRADO X MIXTO OTRO___	

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: leidy patricia ramirez	DIRECCION kr 6 #111b sur-16	TELEFONO 3112447638
CEDULA: 1022985211	CORREO ELECTRÓNICO: leidy1208@gmail.com	
BARRIO O VEREDA villa israel	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: profesional NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL	

3. ANAMNESIS

buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa Abril 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/aaa RABIA: diciembre 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: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.5 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: —				

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.3 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474 -	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Leidy Ramirez	1022986211

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 1.022.985.211
RAMIREZ FAJARDO
APELLIDOS
LEIDY PATRICIA
NOMBRES

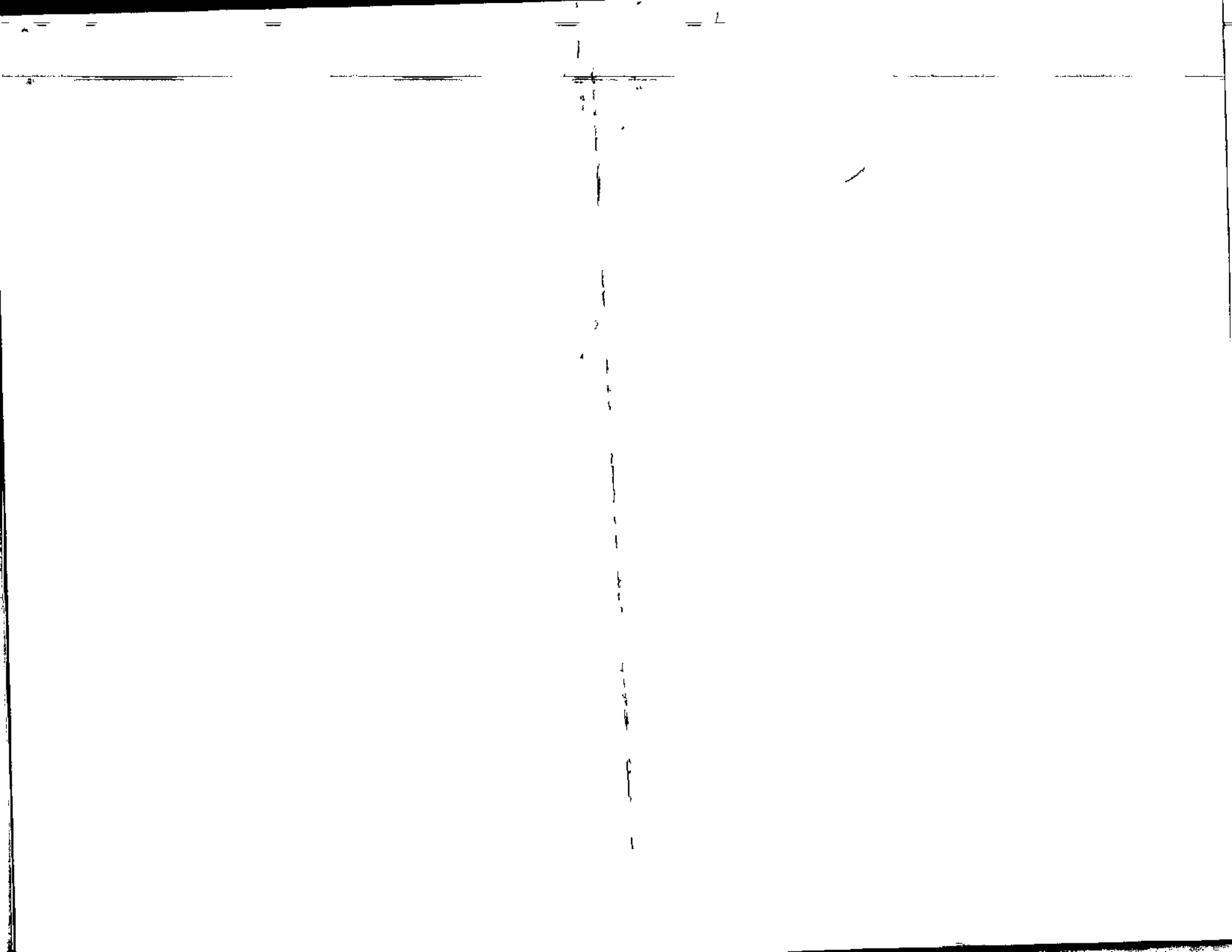


FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-MAR-1993
FLORIAN
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-ABR-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES





56

enel | Bogotá

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

1755070-7

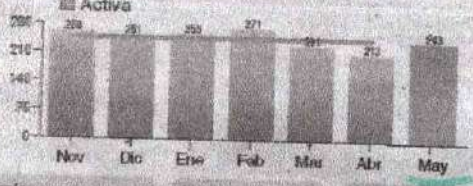
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351471539-3

CLIENTE

CLARA LUZ AHUMADA
KR 6 NO 111 B SUR 16
BOGOTA, D.C. - VILLA ISRAEL

02 022 4467 / 018-25504590

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $858,43
CONSUMO DIARIO: 7.59 kWh
VALOR DIARIO: $4.566

PERÍODO FACTURADO: 28 MAR/2025 A 28 ABR/2025
DÍAS FACTURADOS: 32
CONSUMO MES 243 kWh

Llevar energía a tu predio es un trabajo en equipo.

¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Crédito Fácil COLOMBIA, encontrando el Ok.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10080020224467
RUTA LECTURA:	10020220503
MANZANA DE LECTURA:	M9002259489
MEDIDOR NO:	018-25504590
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Gratuito las 24 horas
601 8140065

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P — TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P — Avenida Boyacá # 6 B - 00
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S E.S.P — Calle 129 # 54 38-40 Local 183-13

Línea de servicio al cliente 110

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
ATP Débitos Automáticos
Cobro Electrónico
APP Enel Clientes Colombia
Botón de Pago Online
Botón de Pago Bancolombia
Almacenes Virtuales
Corresponsales Bancarios
Red Efectivo
Centros de Servicio
Código QR
Almacenes de Cadena

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: MAR 2025
G: $258,48 T: $87,20 D: $260,32 CV: $78,73 PR: $97,89 R: $20,76 Cfc: $0,00 / $858,43 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. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1996.

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 dicho amparo de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, línea en Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

Este cobro se cobra previa notificación de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

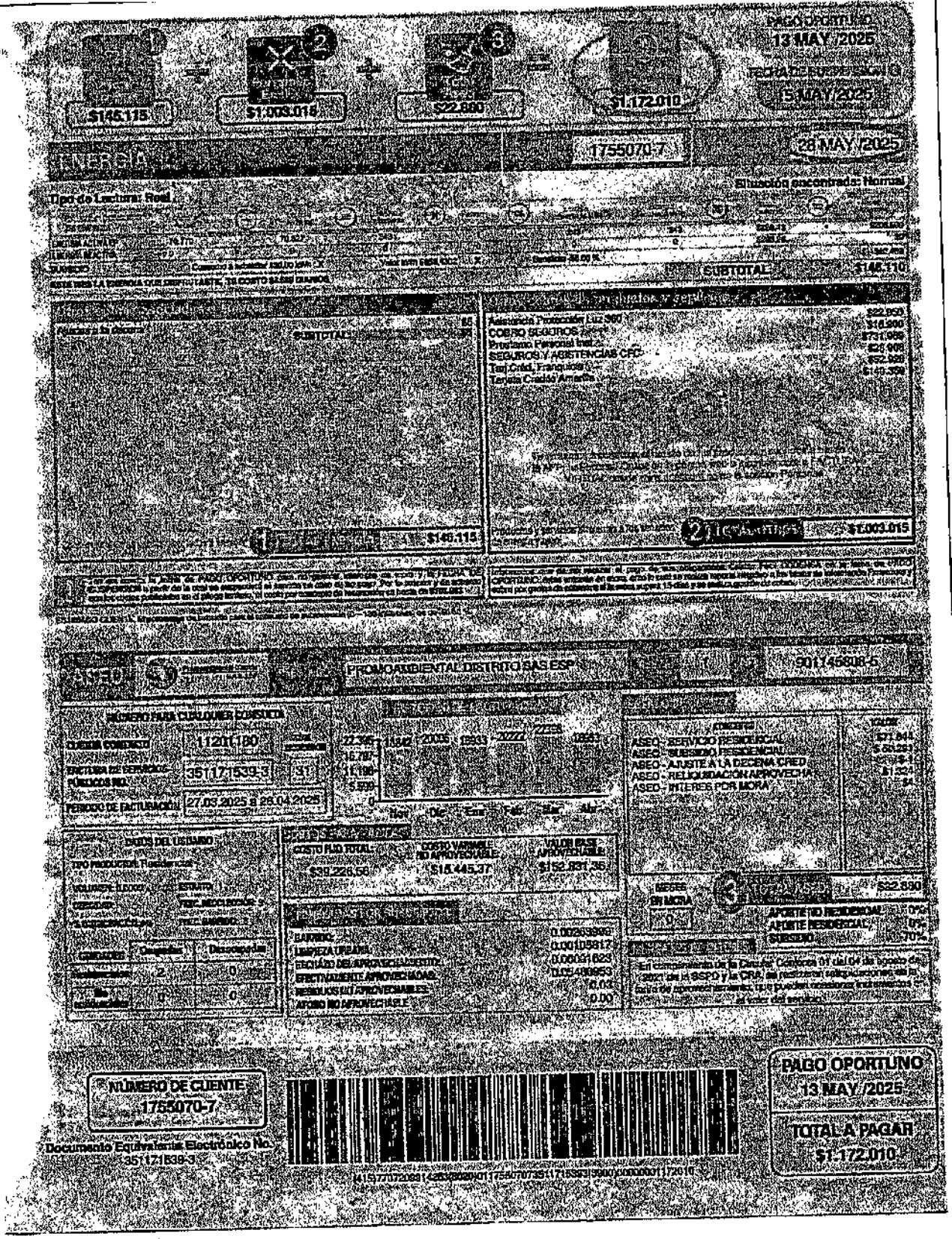
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron calificadores, advertidos y responsabilidades asignados a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y los usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlo en nuestra página web www.enel.com.co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

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de reparto para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Empaga en Cobrantel, de acuerdo con la empresa empresa emitida por el cliente para el cobro de la misma 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 dirígirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

CUDE: 9f5667d7120b2b6b6f6aa0c0ca1f5f8c4c5f84e0c4f4b4165b0b0f8fe1a19ddef3c06af1e2811780a43d22f795c2a7d

FECHA GENERACIÓN: 03/05/2025 00:28:45
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 14:21:14



PAGO OPORTUNO
13 MAY /2025

$145.115
$1.003.015
$22.880
$1.172.010

15 MAY/2025

28 MAY /2025

1755070-7

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

SUBTOTAL $146.110

$146.115

$1.003.015

PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP

901145805-5

PERIODO DE FACTURACIÓN 27.03.2025 a 26.04.2025

$39.226,56
$15.445,37
$152.831,36

$22.880

1755070-7

Documento Equivalente Electrónico No.
351171539-3

PAGO OPORTUNO
13 MAY /2025

TOTAL A PAGAR
$1.172.010

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 104 | MICROCHIP: 900255002182468 | FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Keyla | COLOR: blanco/negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Criollo | EDAD: 8 meses | PESO: 2.7 KG | MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Edwin stiven martinez Durango | DIRECCION: cll 119 sur #0-33 | TELEFONO: 3105785686

CEDULA: 1022 988.455 | CORREO ELECTRÓNICO: 26aidilles.cariendo@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Val | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Mayo 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/aaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:
TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 04/2025

4. EXAMEN CLINICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 141 l/m | F. RESPIRATORIA: 22 r/m | TEMPERATURA: 38.3°c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.3 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1022988435

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:

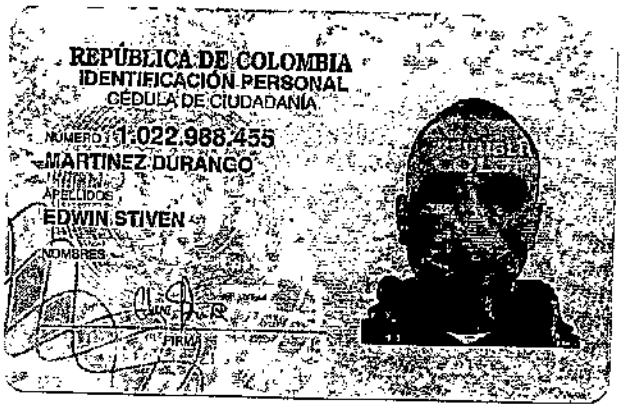
AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

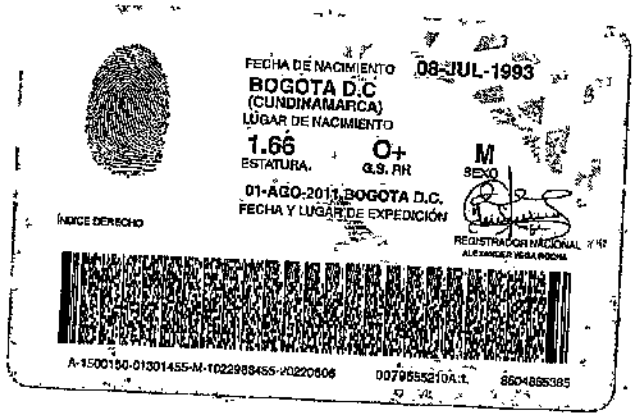
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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 1.022.988.455
MARTINEZ DURANGO
APELLIDOS
EDWIN STIVEN
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 08-JUL-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
01-AGO-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO
A-1500150-01301455-M-1022988455-20220606 0079555210A.1 8604855385

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 tu número de cliente es: **1993978-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 351202842-5

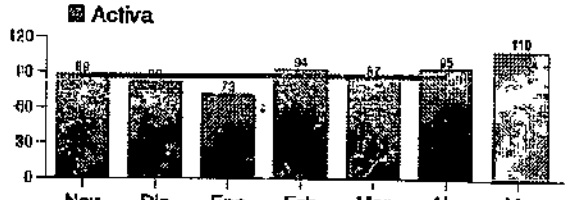
CLIENTE

JOSE MIGUEL RINCON
CL 117 G SUR NO 0 33
BOGOTA, D.C. - EL UVAL

02 021 7080 / 018-19486104

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $856,43

CONSUMO DIARIO: 3,44 kWh

VALOR DIARIO: $1.299

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

DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 110 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 97 kWh

¡Este fue tu mes con acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO presenta una variación! Encuentra las posibles causas y diríjete cobranza en www.enel.com.co

Llevar energía a tu predio es un trabajo en equipo.

Enel se encarga de la infraestructura eléctrica externa, mientras que tú eres responsable del medidor, acometidas e instalaciones internas.

Cuida los elementos que te corresponden, si identificas daños, puedes reportarlos al: 601 514 0000.



¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR:

©Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a política de crédito de la entidad. Conoce más en www.enel.com.co/es/clientes/facilidad-enel.com.

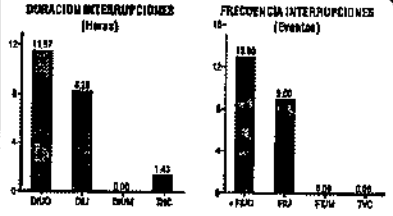
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020217080
RUTA LECTURA:	10020210135
MANZANA DE LECTURA:	MS20250220
MEDIDOR NO:	018-19486104
SUBCLASE:	Básica

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz, esto iluminará los espacios de tu hogar.

CALIDAD DEL SERVICIO



CR: 7274RR1 GRUPO: 11 NC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/03 DC: 279,84 CF: 97,00000 NC: 0,00 VC: 1,00 %C: 0,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 034 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
Chat de servicio en
018 000 6003 (Línea Bot o para 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	601 514 0055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Correo Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online · Botón de Pago Telefónico

Billetera Virtual
daviplata · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios
CONRED · Efecty · Gana · Su Red · MOVIRED · pentágono

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel

Almacenes de Cadena
Olímpica · Éxito

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: MAR/2025
G: $338,40 T: $56,28 D: $293,28 CV: $78,75 PR: $67,98 R: $23,75 CF: $0,00 / $658,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UM12-7274RR1 - NIVEL DE TENSION: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0647 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 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 0051 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, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (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.

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 # 6B - 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: 03/05/2025 00:28:54
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 13:27:14

CUDE: e9540d4b100d3382626e3b2bd662628c04994f195fa693b57f42c31b431dc63687c5c5a8f1dfbe177844a4b642e6

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación NIT 800.069.832-4 Versión Impresión

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

8.183 - Página 1 de 4

39574

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica 105	MICROCHIP: SI Número de 900255002406192	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Hanna			COLOR: Calico	
ESPECIE: CANINO___FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA MESTIZO	EDAD 3 M	PESO: 1.5 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___CONCENTRADO X MIXTO OTRO___	

ORIGEN: NS/NR___RESCATADO___COMPRADO___ADOPTADO___REGALADO X PERRO DE CUADRA___OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Eddy Yoana Rojas Joya	DIRECCION TV 2 D N° 84 A SUR 76	TELEFONO 3228314540
CEDULA: 1023018299	CORREO ELECTRÓNICO: Yhoa3478@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Chunza / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: BTO / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL___	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R
N/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/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38-5 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor: Joana Rojas	Nro de Identificación: 1023018249

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 1.023.018.299

ROJAS JOYA
APELLIDOS

EDDY YOANA
NOMBRES

JOANA ROJAS
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-DIC-1996
TASCO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-ENE-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00672391-F-1023018299-20150224 0043273075A 1 44029109

122

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: **0027454-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347709641-0

CLIENTE

PROURBANISMO S A
TV 2 D NO 84 A SUR 76
URB LIBANO
BOGOTA, D.C. - CHUNIZA

03 019 4533 / 018-16046848

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

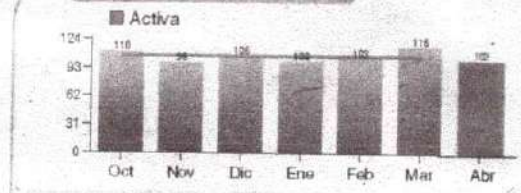
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, informamos que hemos actualizado nuestros canales de atención para consultas y reclamos sobre el tratamiento de tus datos personales.

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

También puedes seguir comunicándote a través de Línea 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: $643,71

CONSUMO DIARIO: 3,52 kWh

VALOR DIARIO: $1.642

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 106 kWh

PERÍODO FACTURADO: 28 FEB/2025 A 28 MAR/2025 | **DÍAS FACTURADOS:** 29 | **CONSUMO MES** 102 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:	100000030194533
RUTA LECTURA:	10030191245
MANZANA DE LECTURA:	MS00253782
MEDIDOR NO:	018-16046848
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 016 de 2018

CONTÁCTANOS

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

ENERGÍA SERVICIO AL CUENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIA
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 514008 denuncias@enel

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, Cobro Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Nemodemóvil

Billeteras Virtuales: Daviplata, Nequi, dale!, MOVII, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Efecty, Baloto, Gana, Su Red, Reval, MOVIRED, Punto Red, Supergiros

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

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

Línea de servicio al cliente 110

Si prefiere ser un comercializador independiente, escoja el suyo en www.superservicios.gov.co/directorio. El valor del comercializador no es un concepto sujeto al cobro de recargos.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025
G: $361,70 T: $48,05 D: $272,80 CV: $76,38 PR: $69,05 R: $12,80 CF: $0,00 / $643,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UB13-35MBTH - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 9514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No.-0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 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 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 156/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o 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 (Encargo de Cobranza), de acuerdo con la aprobación exenta 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. Enlace vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓ
03/04/2025 03:10:5
FECHA EXPEDICIÓ
03/04/2025 19:42:1

CUDE: ed3305e73bd70b4128bfdaca461a4c3178d30de87e22e17da389e9814444a911f3bc46149d5aab001daef5398dbd4c328

122

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 106	MICROCHIP: SI Número de M: 900255002406205	FECHA: 08-05-23

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lulú			COLOR: Blanco y Pardo.
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA Mestizo / EDAD 2A	PESO: 30 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yeimy Lorena Bolivar Diaz	DIRECCION Cl 108A SUR 5A 70	TELEFONO 3132690992
CEDULA: 1104698714	CORREO ELECTRÓNICO: yeimydiaz783@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Antonio José Sucre / ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: BTO / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R
Abril 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/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 23 r/m	TEMPERATURA: 38.3 °c	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

6&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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor: Yemi Diaz	Nro de Identificación: 1104698114

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

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



DUPLICADO CC
1.104.698.714



APELLIDOS / NOMBRES
BOLIVAR DIAZ
YEIMY LORENA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
27-JUN-2004
LIBANO - TOLIMA

FECHA DE EXPEDICION
22-JUL-2022

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
BOGOTA D.C. - USME BOGOTA DC

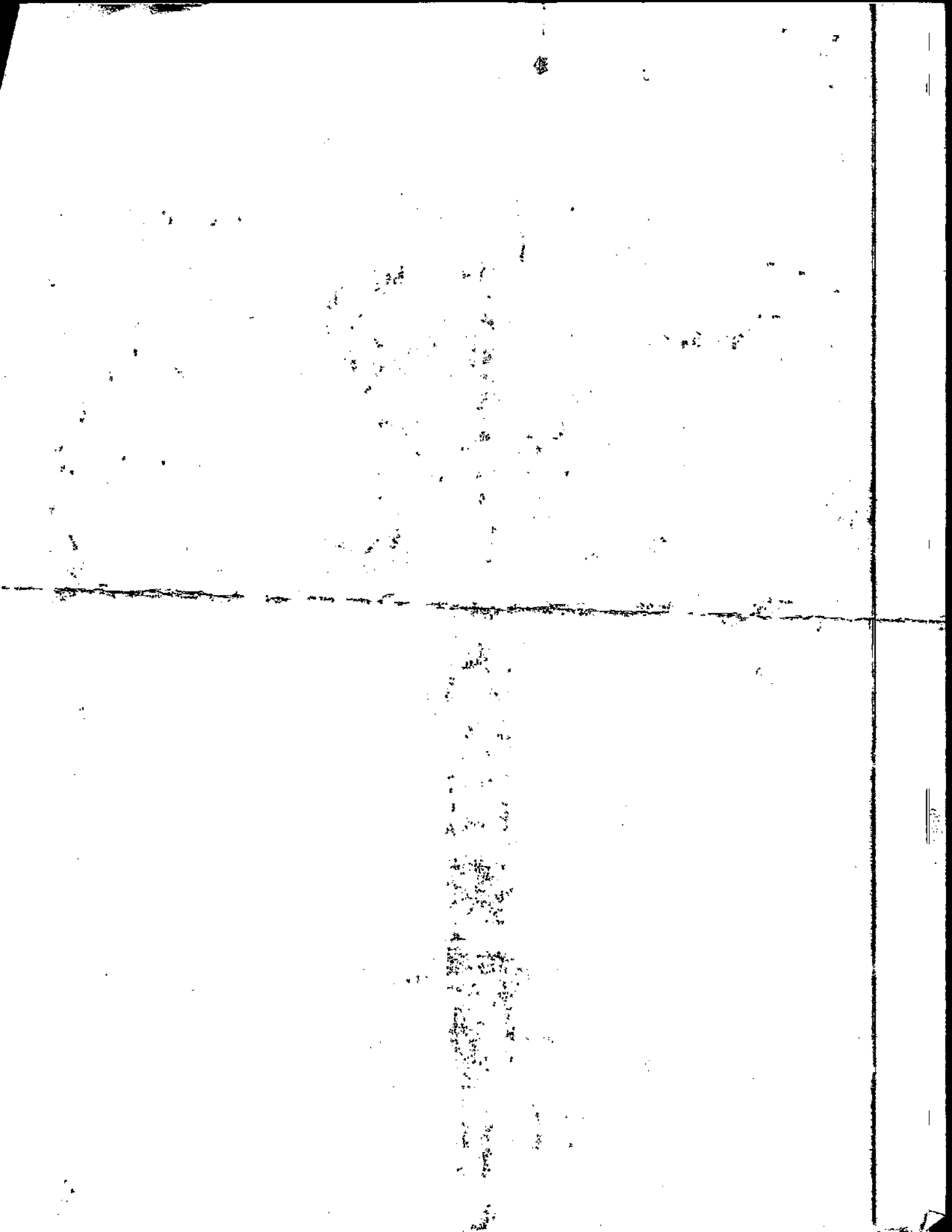
OFICINA DE ENTREGA
BOGOTA D.C. - USME BOGOTA DC

- Escanee el codigo para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 12-AGO-2025

8514481289
12-FEB-2025

219



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:U44779A

BIMESTRAL

10634285
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

39385877699
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

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 07:55:21	ABR/22/2025 16:17:37

¡Hola!

Factura a nombre de
DIONICIO PENAGOS RICARDO

Dirección del predio
CL 108A SUR 5A 10

Barrio: **ANTONIO** Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

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

En este 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

UNIÓN TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 107	MICROCHIP: SI Número de: 900255002404853	FECHA: 08-05-23

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Manchas			COLOR: Atigrada-blanco	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: Mestiza	EDAD: 3 años	PESO: 3.0 KG
MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X				
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___		

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jeimmy Alejandra Suesca Parra	DIRECCION: cl 9 # 110 A Sur 62	TELEFONO: 3209952312
CEDULA: 1007.297.647	CORREO ELECTRÓNICO: yasp812@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Usminia	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Tecnólogo	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.
Feb-25	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. CARDÍACA: 143 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 38.6 °C	TLC: 2 seg	MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: ———

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

B. 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 cirúgia 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:
Yenny Suesca	1.100.209.643

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:

116

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.297.647
SUESCA PARRA
APELLIDOS
JEIMMY ALEJANDRA
NOMBRES



Jeimmy SUESCA
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-AGO-2000
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50
ESTATURA

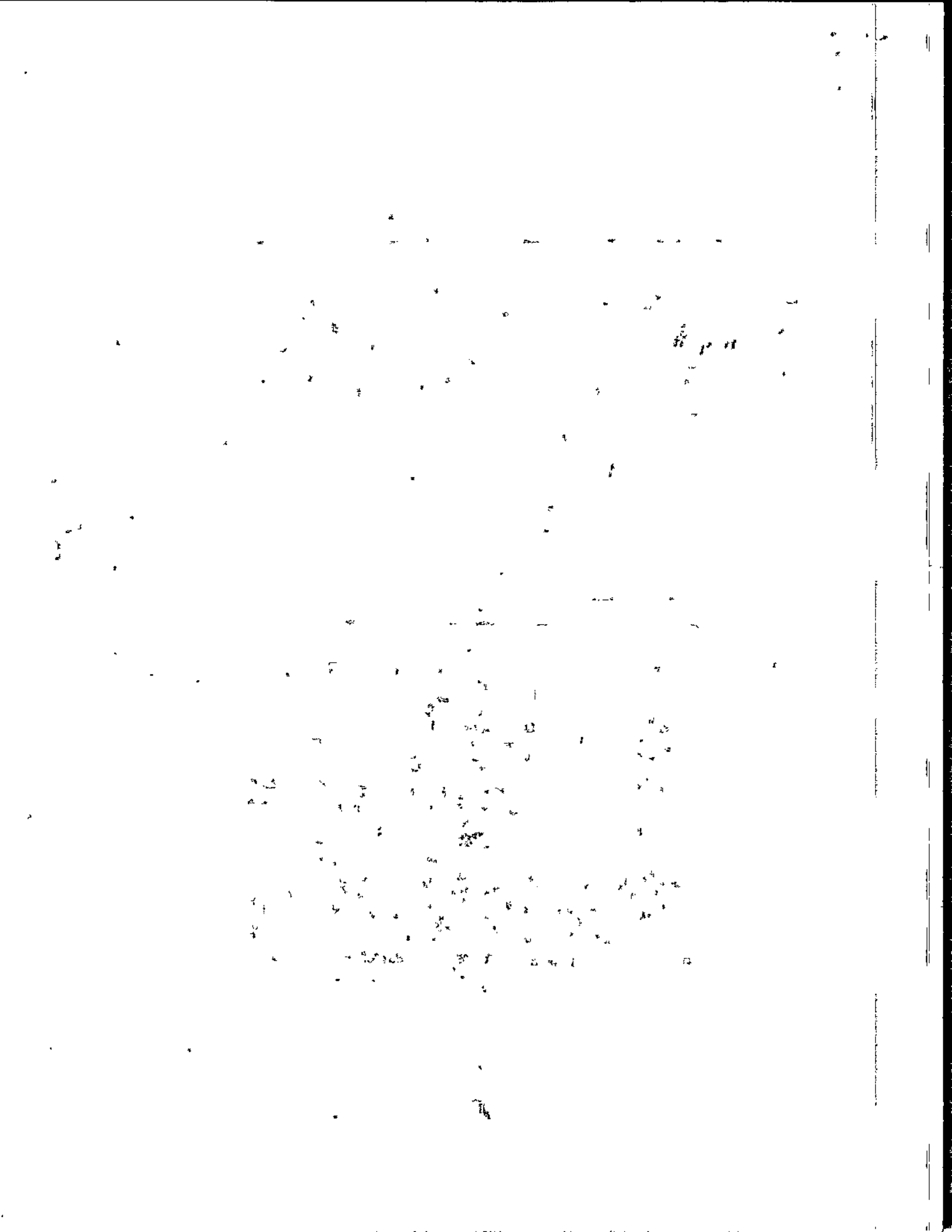
B+
G.S. RH

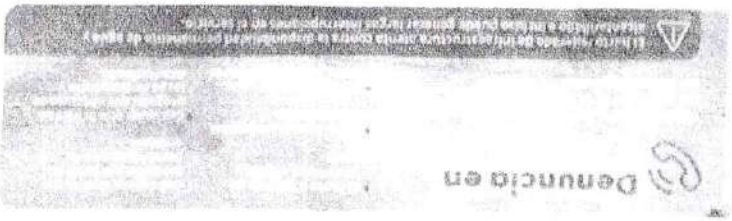
F
SEXO

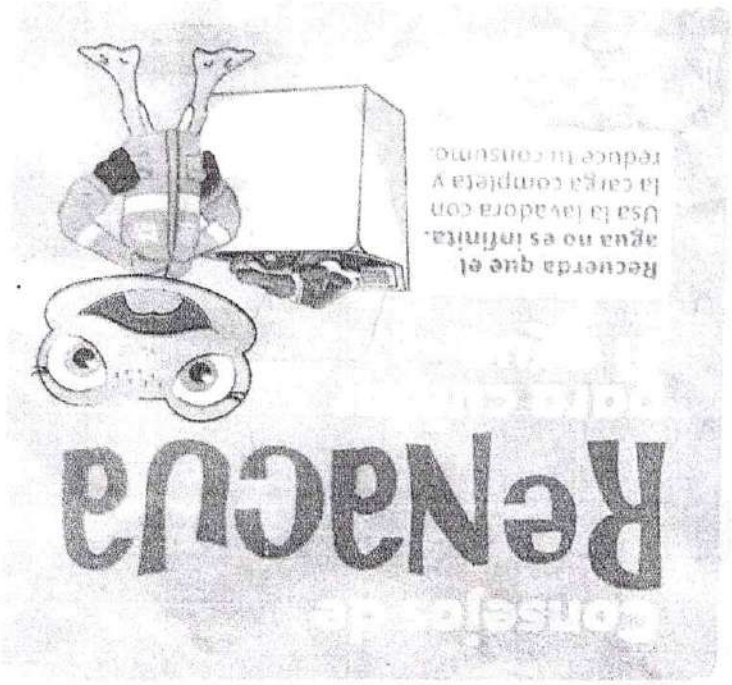
17-SEP-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01294452-F-1007297647-20220505 0079058547A 1 9919201404









116

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

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

12053053
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

12455660618
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
CARLOS ALBERTO LEON QUINTERO

Dirección del predio
KR 9 110A SUR 02

Barrio: USMINIA **Localidad: USME**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	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 07:57:42	ABR/22/2025 16:15:55

¡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.

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica 108 | MICROCHIP: SI Número de ID 900255002404656 | FECHA: 08-05-23

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Gorda | COLOR: Blanco - Atigrado

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestiza | EDAD: 2años | PESO: 3.0 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 Nació en Casa.

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: José Armando Gallego Vargas | DIRECCION: cll 106 sur # 7-34 | TELEFONO: 3115336219

CEDULA: 79.819.425 | CORREO ELECTRÓNICO: gallego-ja@hotmail.com

BARRIO O VEREDA: Usminia | 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 30-04-23 | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa N-R

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR N-R.

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

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

4. EXAMEN CLINICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA: 146 l/m | F. RESPIRATORIA: 21 r/m | TEMPERATURA: 38.3 °C | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.3 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	.0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma de Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1098194715

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 79.819.425
GALLEGO VARGAS
APELLIDOS
JOSE ARMANDO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-1982
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-DIC-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00181145-M-0079819425-20090928 0016595971A 1 29196118

114

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 830.063.875-0
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

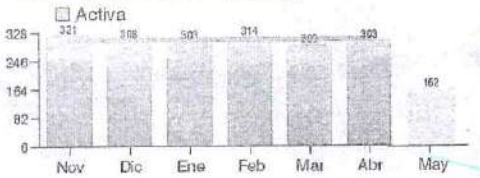
1964458-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351199779-1

ANDREA ROMERO MOLANO
CL 106 SUR NO 7 34
BARRIO EL MORTIÑO
BOGOTA, D.C. - USMINIA

02 010 6367 / 018-19430128





VALOR kWh APLICADO
$856,43

CONSUMO DIARIO:
5,05 kWh

VALOR DIARIO:
$2.393

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES
162 kWh

¡Llegó a tu casa tu próximo de hasta $32.000.000!

Encuentra nuestra gratis Crédito Fácil COOMEVA acercando el CEL

Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a publicación crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcoomeva.com.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020106367
RUTA LECTURA:	10020100346
MANZANA DE LECTURA:	MS00253873
MEDIDOR NO:	018-19430128
SUBCLASE:	Básica



CONSEJO IMPORTANTE DE LA FACTURA

Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz, esto iluminará los espacios de tu hogar.

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enelcomunicate/personas/radicalenos

Chat de servicio en enelcomunicate/personas/chat-de-atencion

316 880 0000 (Elena Soto o paso Ausor)

Enel Colombia @EnelClientesCO

Registrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140055 denuncias@enel.com

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P	Avenida Boyacá # 6 S - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-35/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

Medios Virtuales de Pago: APP Enel, Internet, Teléfono línea, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Descentralizado

Efectivo Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONCEL, efecty, Ti Reval, MOVIRED, Baloto

Red Directa: RED CADE, enel

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena: EXITO

Código QR

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: MAR/2025
G: $328,40 T: $99,20 D: $393,25 CV: $76,75 PR: $57,00 R: $20,76 CF: $0,00 / $562,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: MS0725357R1 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 FACTURADO: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3314 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 estos 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 caso 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 089 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 recaude 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 aportes, 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: 03/05/2025 00:29:40
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 13:53:12

CUDE: 7243e44111ef1daca5ff02693a6a38abe9e7404dc7b089bda57d90a3d949ec6cb7114ed6ca9ee4e4bb9fe1e8ff82fecb4c8e4

Prestador: Tecnológico Convipal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 900.321.161-0

Factura impresa por Computadores de Comunicación SAS NIT 830053113-1

114

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA DE USME | BOGOTÁ

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

Expiry – Date: 2030/02/07
900255002406209

HC Número de Historia clínica: 109 | MICROCHIP: SI Número: | FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Canela | COLOR: Cairo

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO___ | RAZA: MESTIZO | EDAD: 8 M. | PESO: 2.9 KG | MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR___ CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO X ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leissi Patricia Bilbao Nino | DIRECCION: cl 709 sur 5B 28. | TELEFONO: 3045385425

CEDULA: 1022934573 | CORREO ELECTRÓNICO: 3045385425@sincorreo

BARRIO O VEREDA: Antonio Jose Sucre | ESTRATO: 1. | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: BTO | 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/aaa 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: 146 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38.7 °c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.3 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:

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 1.022.934.573
BILBAO NIÑO
APELLIDOS
LEISSI PATRICIA
NOMBRES

FIRMA

8,1800



FECHA DE NACIMIENTO 12-FEB-1987
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

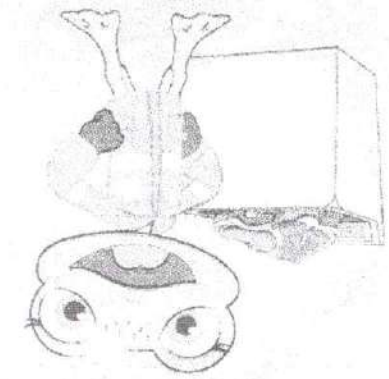
29-JUN-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00123081-F-1022934573-20081105 0005320271A 1 1310023579

113





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:U44779A

BIMESTRAL

10629152
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17173502919
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de

RUTH M RAMIREZ

Dirección del predio

CL 109 SUR 5B 28

Barrio: **ANTONIO** Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Residencial
Estrato:	1
Unidades Habitacionales:	2
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 07:55:17	ABR/22/2025 16:10:39

¡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 ↓

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.

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 110 | MICROCHIP: SI Número de Microchip: 900255002406201 | FECHA: 28-03-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kitty | COLOR: Blanco / Negro

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 8M | PESO: 2.9 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: Leidys Rangel Lespe | DIRECCION: Kr 7A N° 98C sur 35 | TELEFONO: 3204683304

CEDULA: PPT 5063313 | CORREO ELECTRÓNICO: leidysrangellespe@gmail.com

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

ESCOLARIDAD: Bto | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

NS/NR:

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Mayo 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/aaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 05-03-25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m | F. RESPIRATORIA: 22 r/m | TEMPERATURA: 38.6°c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.3 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0-15 ml.	.0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

B. 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: PPT 5063313

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
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 5063313

COL

RANGEL LESPE
APELLIDOS

LEIDYS
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO



1807111986
DNI Nro.

07-11-1986
FECHA DE NACIMIENTO

26-05-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

FIRMA

E1727265



INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5063313<<3<<<<<<<<<<<<<<<
8611079F3105308VENE1727265<<<6
RANGEL<LESPE<<LEIDYS<<<<<<<<<<

112

enel Bogotá

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

1483941-5

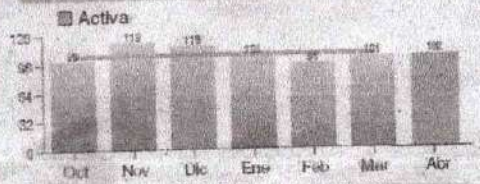
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347485387-7

CLIENTE

KENNEDY ROJAS SANCHEZ
KR 1 A NO 98 C SUR 35
BOGOTA, D.C. - LA ESPERANZA DE USME

02 003 4284 / 065-1021906

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $643,71

CONSUMO DIARIO: 3,52 kWh

VALOR DIARIO: $1.914

PERIODO FACTURADO: 27 FEB/2025 A 27 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 102 kWh

Entérate cómo tomamos la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

Nuevo canal / Formulario online:

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000020903284
RUTA LECTURA:	1000020903284
MANZANA DE LECTURA:	MB0002651564
MEDIDOR NO:	065-1021906
MEDIDOR NO:	065-1021906

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



CONTÁCTANOS

Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Gratuito las 24 horas
601 5140065
https://www.enel.com.co/es/personas/contacto-oficinas.html

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P — TV 4 No. 97A-55
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 # 54-36/40 Local 103-124
Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB-2025
G: $581,20 T: $49,06 D: $273,68 CV: $570,26 PR: $49,06 R: $12,00 CF: $0,00 / $643,71 Costo kWh Mes

FECHA GENERACIÓN: 02/04/2025 02:32:00
FECHA EXPEDICIÓN: 02/04/2025 17:33:17

CUDE: d1ed484b3b03ec6ffe7a2d6fbdaf770790d4d1005d1982c2f47a3b80a5b9031e7b54de9e5f7f6120e1104d8309f9b97e9ea

Prestador Tecnología Canal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: OLH Invoicing - NIT 900.891.161-0

Factura emitida por Oficina Virtual autorizada por la Comisión (MINTIC) mediante la Resolución 000042 del 05/08/2020

12

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica 111	MICROCHIP: SI Número de M: 900255002404662		FECHA: 08-05-25
ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE			

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Martica Quimbayo			COLOR: Beige - Café
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA Siames EDAD 5m		PESO: 2.0 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 X REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO___			

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Karen Julieth Quimbayo Gomez	DIRECCION cll 116 a Sur #8-44	TELEFONO 322.7543431
CEDULA: 1023.013.335	CORREO ELECTRÓNICO: karen.quimbayo-tec@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Villa Anita	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	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa 25-04-25	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 25-04-25 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: 148 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 38.3°c	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: rosadas	
OBSERVACIONES: —					

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

B. 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:
Carla Quimbaya	1023033335

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

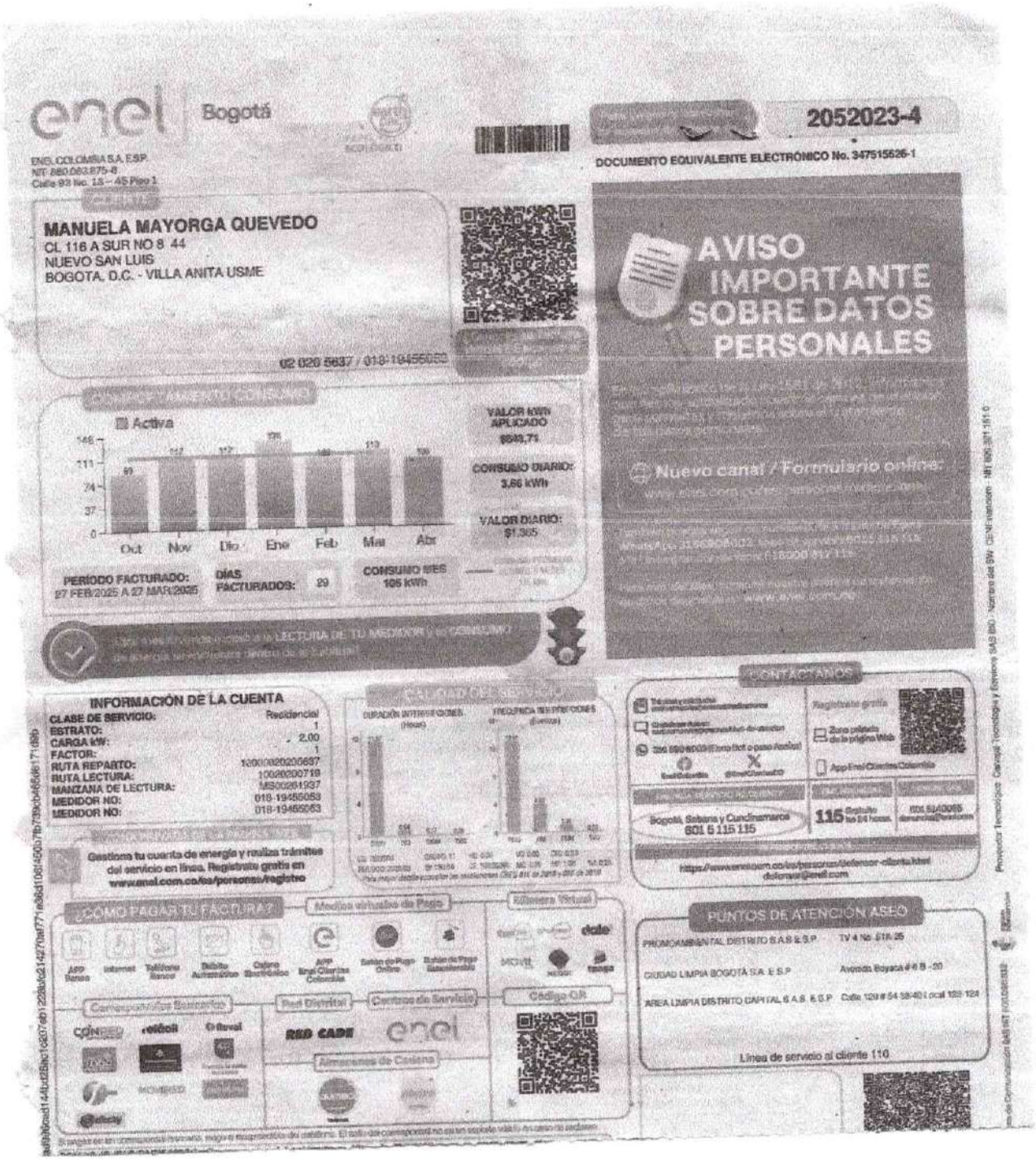
NUMERO 1.023.013.335
QUIMBAYO GOMEZ
APELLIDOS
KAREN JULIETH
NOMBRES
Karen Quimbayo
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-MAY-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-JUN-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

P-1500150-00596870-F-1023013335-20140708 0039136683A 1 42280195

110



enel Bogotá

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

2052023-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347515626-1

MANUELA MAYORGA QUEVEDO
CL 116 A SUR NO 8 44
NUEVO SAN LUIS
BOGOTA, D.C. - VILLA ANITA USME

02 020 5637 / 018-19455063

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

Nuevo canal / Formulario online:

Activa

Oct Nov Dic Ene Feb Mar Abr

VALOR kWh APLICADO $649,71
CONSUMO DIARIO: 3,66 kWh
VALOR DIARIO: $1.365

PERÍODO FACTURADO: 27 FEB/2025 A 27 MAR/2025
DÍAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES 105 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1200[illegible]0637
RUTA LECTURA:	1002020719
MANZANA DE LECTURA:	MS00261937
MEDIDOR NO:	018-19455063
MEDIDOR NO:	018-19455063

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

¿CONTÁCTANOS?

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115

115 Gratuito las 24 horas

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. TV 4 No. 51A 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 58-40 Local 103 104

Línea de servicio al cliente 110

110



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica 112 | MICROCHIP: SI Número de Mic 900255002404355 | FECHA: 08-03-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zoe				COLOR: Marron- cafe	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA Siames	EDAD 2A	PESO: 1.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR___ CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Rubith Dayana ortiz		DIRECCION Kr 70 Este N 78 sur 25	TELEFONO 3116205497
CEDULA: 28.698.238.		CORREO ELECTRÓNICO: 3116205497 @ sin correo	
BARRIO O VEREDA Bolonia	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL___		
NS/NR:			

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R
Feb 2025	nic/24	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. 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: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 23 r/m	TEMPERATURA: 38.5 °c	TLLC 2 se	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ———

6. 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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de identificación:
Nubia Yur. Ojl	28698238

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 **28.698.238**

DEVIA ORTIZ

APELLIDOS

RUBITH

NOMBRES

FIRMA

64



FECHA DE NACIMIENTO **09-JUN-1970**
DOLORES
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-AGO-1989 DOLORES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00763270-F-0028698238-20151118 0047456398A 1 1343667412

9

11266

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860063.875-8
Calle 93 No. 15 – 45 Piso 1

4723334-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347840434-8

11266

CLIENTE

CG CONSTRUCOTRA SAS
KR 10 ESTE NO 76 SUR 25 BQ C TO 1 AP 604
BOGOTA, D.C. - BOLONIA

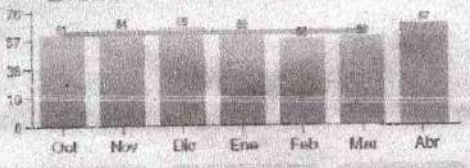
04 019 4199 / 075-223239

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

Nuevo canal / Formulario online:

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $787,29

CONSUMO DIARIO: 2,16 kWh

VALOR DIARIO: $765

PERIODO FACTURADO: 01 MAR/2025 A 31 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 67 kWh

LECTURA DE TU MEDIDOR Y TU CONSUMO

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	9,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1060004194199
RUTA LECTURA:	10040190602
MANZANA DE LECTURA:	M3000260554
MEDIDOR NO:	075-223239
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)



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

CONTÁCTANOS

Registrate gratis

Chat en nuestra página Web

Zona Usuario de la página Web

Línea Gratuita Nacional 018000 115 115

Bogotá, Sabana y Cundinamarca (601) 6 115 115

App Enel Clientes Colombia

115 Gratuita desde un móvil

Defensoría del Cliente

https://personas.enel.com.co/es/personas/defensoria-cliente.html

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P.	TV 4 No. 51A-95
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 26
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-55/45 Local 123-101

Línea de servicio al cliente 116

PAGA FÁCIL TU FACTURA

Medios virtuales de Pago

Medios Virtuales

APP Enel | Internet | Teléfono Banco | Débito Automático | Cobro Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Online | Botón de Pago Transaccional | MOVII | tpaga

Corresponsales Bancarios

Red Gasolinera

Centros de Servicio

CoopenGAS

RED CADE | enel

Alianzas de Cadena

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB 2025

G: $364,70 T: $48,25 D: $226,68 CV: $76,29 PR: $69,69 R: $12,80 CF: $0,40 / $792,29 Costo kWh Mes

CUDE: f69e01a9dfc997cb5b40d0b3afe6e4858f8431e1ae4cb27f6b047b6b9898625fe3d9f8bab9306a07cd9f80b45b0c48b0

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 51,84 pesos. Somos autorretenedores según Resolución No. 0007 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 038 de 2014 y 009 de 2015.

Sobre el vencimiento de la presente factura el Cliente cuenta con dos oportunidades por cobros previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellas dentro de la fecha indicada para pago oportuno. Para mayor información comunicarse al (601) 6 115 115, línea de Bogotá o al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Gestión al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según Resolución No 0761 de 30 de diciembre de 2020.

Usuario todo lo expresado, pasados el monto de apoyos y en aplicación de aplicación, el cual deberá presentarse ante la Empresa dentro de la oportunidad del recibo.*

S/D: factura sin IVA (cobro exento) - Incluye IVA: factura con IVA - PROFORMA: Cuota.

Para conocer el detalle de la información CREG 015 consulte www.enel.com.co

IMPORTANTE: De conformidad con la resolución CREG 015 de 2018, le fue asignado el Código de Medida, de esta manera el Operador de Red, ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y el comercializador podrán acceder a la información de su medidor para realizar la facturación de su energía. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlo en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea gratuita 5 115 115, línea de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Gestión al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP. gravia el servicio de aseo para facturar a través de la factura del cobro público domiciliario de energía eléctrica distribuido de ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el suministro con peticiones, quejas y reclamos, 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, vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 04/04/2025 00:52:40
FECHA EXPEDICIÓN: 04/04/2025 13:28:15

Factura impresa por Cenpal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.053.812-2 Proveedor Tecnológico: Portagal Tecnología y Servicios SAS BIC - Número del SIC: DEVFacturas - NIT 900.321.161-0

8.515 - Página 1 de 2

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica 113	MICROCHIP: SI Número: 900255002404353	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mishis			COLOR: Gris atigrada	
ESPECIE: CANINO___FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA Mestizo	EDAD 5 A	PESO: 3.7 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___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: Yuri Marcela Arzola Vasquez	DIRECCION Cl 105 Sur 2 Este 16	TELEFONO 3125556320
CEDULA: 1022 978 489	CORREO ELECTRÓNICO: VasquerYuri778@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Antonio Jose Sucre / ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Bto / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Feb 2025	Feb/2025	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa Feb/2025

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: 145 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474 .	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de identificación:
Uri Angelo	1022918189

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 1.022.978.489
ANZOLA VASQUEZ
APELLIDOS
YURI MARCELA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-JUL-1992
TOCANCIPA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
22-JUL-2010 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
A-1500150-01143586-F-1022978489-20200701
0071062224A 2
9912497035

66

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 públicos que conforman a Grupo Vanti. Recuerda que puedes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC. Consúltalo en sicer.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, Bancolombia, Banco GNB, Banco Falabella, Banco Pichincha, Banco Caja Social, Nequi, Davivienda, Davivienda plata, 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.

CARNAVAL SOLUCIONES DE COMERCIALIZACIÓN S.A.S. NIT. 900.096.812-9 704823072024

¡Hola!

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

MARIA CANDELARIA MOLINA
CL 105 SUR 2 ESTE 16 00001 - ANTONIO JOSE SUCRE
BOGOTA

Medidor Gas No. 5037101-101568

Lote: P07GN **Ruta:** 0011640204430005000 **Código del Sector:** 110

Cuenta o referencia de pago **61469366**

vanti Listo

Compra [illegible] 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

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.

110 0011640204430005000 70300 C1

Factura de gas

Abril 2025

Cuenta o referencia de pago **61469366**

BOGOTA

vanti

Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
28 Abr. 2025	29 Abr. 2025	Mar. - Abr. 2025	12 Abr. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	38M3	2.942,88	0,00	111.829,44
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	1,35	0,00	1,35

1 – Total **$142.150,00**

Tus financiaciones

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

2 – Total **$0,00**

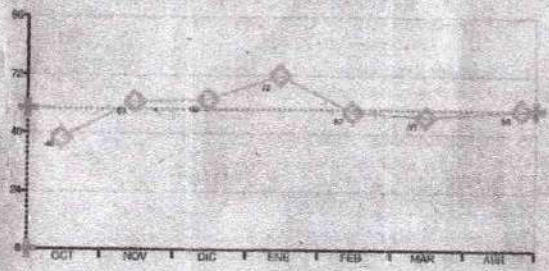
3 – Valor facturas vencidas **$0,32**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$142.149,68**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
09 Mar. 2025	1942	REAL
08 Abr. 2025	2017	REAL

m³ corregido= 2017 - 1942 * Factor de corrección = 58

Tu próxima lectura será Entre 06 y el 11 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 Ago. 2026

Un revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones CREG de 2012 y 4138 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	Dstm: 0.0	Dsvm: 0.0
Com: 0.0	Fpcm: 42.475	DAUR: 0.0	DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 684

kWh y el precio unitario del kWh es: $207.82

Factor de corrección

Vm: 75	Kp: 0.76727	Kt: 1.00491	Pc: 0.77103		
Vc: 58	Tm: °14.15	Tc: 15.56	Pm: 1.01008		
Pc: 0.752	Pm: 0.023	Fpv: 1.0			

Factor de corrección: 0.77103

Indicadores de calidad

PRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPR: 100.0



NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO

(415)7709998026025(8020)61469366(3900)00000000142150

Factura No. F15B50957529 C1 70300

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica 114	MICROCHIP: SI Número de MI 900255002404368	FECHA: 08-05-25.

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Onice			COLOR: Carey	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA Mestizo	EDAD 1A	PESO: 3.4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO___ MIXTO X OTRO___		

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO X COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Luisa de la esperanza Avila Hoyos	DIRECCION kr 5 BIS N 110 Sur 05	TELEFONO 3052286506
CEDULA: 1111144879	CORREO ELECTRÓNICO: avilahoyosmerialuisa @ gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Antonio Jose de Sucre	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: BTO	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.
Abril 2025	Enero/25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 147 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 38.2°c	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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:
	1111614763

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 1.111.194.879
AVILA HOYOS
APELLIDOS
MARIA LUISA DE LA ESPERANZA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-ABR-1988
HONDA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
20-ABR-2006 MARIQUITA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01048566-F-1111194879-20181205 0063386514A 1 1945170799

14232

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1793221-2**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347524526-7

14232

CLIENTE

JOSE LEONIDAS CASTIBLANCO
KR 5 BIS NO 110 SUR 05
BOGOTA, D.C. - ANTONIO JOSA. DE SUCRE

02 022 4821 / 018-25013049

¿Quieres ir hasta tu vehículo? Escanea el código

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

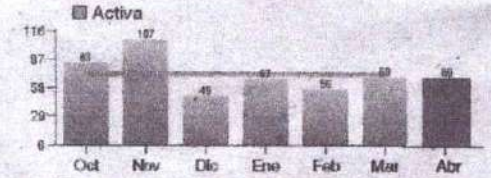
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, informamos que hemos actualizado nuestros canales de atención para consultas y reclamos sobre el tratamiento de tus datos personales.

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

También puedes seguir comunicándote a través de Fenix WhatsApp 3164909003, 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: 2,38 kWh
VALOR DIARIO: $809

PERÍODO FACTURADO: 27 FEB/2025 A 27 MAR/2025
DÍAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES 69 kWh

Estamos a un clic de ayudarte con LECTURA DE TU MEDIDOR y CONSUMO de energía. Selecciona la opción de tu interés

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020224821
RUTA LECTURA:	10020220857
MANZANA DE LECTURA:	MS00257143
MEDIDOR NO:	018-25013049
MEDIDOR NO:	018-25013049

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



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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
Chat de asesores
316 490 6000 (Línea Get a pase Asesor)
Enel Colombia
@EnelClientesCO
Registrate gratis
Usa nuestra página Web
App Enel Clientes Colombia

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE	LÍNEA NACIONAL	CORREO
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140035 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale!, MOVII, nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONEXRED, efecty, Gana, MOVIRED

Red Distrital

Centros de Servicio: RED CADE, enel

Almacenes de Cadena: Jumbo

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige su comprobante del distribuidor. 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 BOGOTA S.A. E.S.P	Avenida Boyacá # 6 B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54 39/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025
G: $361,79 T: $49,85 D: $272,66 CV: $76,36 PR: $60,89 R: $12,50 CF: $0,00 / $843,71 Costo Mes $kw

GRUPO: 11 CIRCUITO: UBSY-336-8701 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 26 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de dicho estos 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 0051 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 de 2011 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, le cual establece 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 reacado 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 asuntos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por esta 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. 800.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: 91004fab9d99e1cd579e8404c0e90d1020917a5cab09a5f4331e69fb976d7df4da506e09835d1d4251376e777ba9078ae5e667

FECHA GENERACIÓN: 02/04/2025 02:34:09
FECHA EXPEDICIÓN: 02/04/2025 16:23:13

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 805.008.839

Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENPFinanciero - NIT 800.221.161-9

11.482 - Página 1 de 2

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clinica 115	MICROCHIP: SI Número de h... Expiry – Date: 2030/02/07 900255002404658	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Gima Melo			COLOR: Carey
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA Mestiza	EDAD 6m	PESO: 2.4 KG / MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO X PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yilian Yorpady Melo Moreno	DIRECCION Tr 2d # 84a Sur 76	TELEFONO 3507202960
CEDULA: 1.033.733-655	CORREO ELECTRÓNICO: yymm19@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA Chunizal / ESTRATO: 2	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 Enero-20-25	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/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 1-04-25

4. EXAMEN CLINICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 r/m	TEMPERATURA: 38.6°c	TLC 2 seg	MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	XETAMINA	0.3 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0,2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Yilon Yorady Melo M	1033233655

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 1.033.733.655

MELO MORENO
APELLIDOS

YILIAN YORFADY
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-MAR-1991
MUZO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

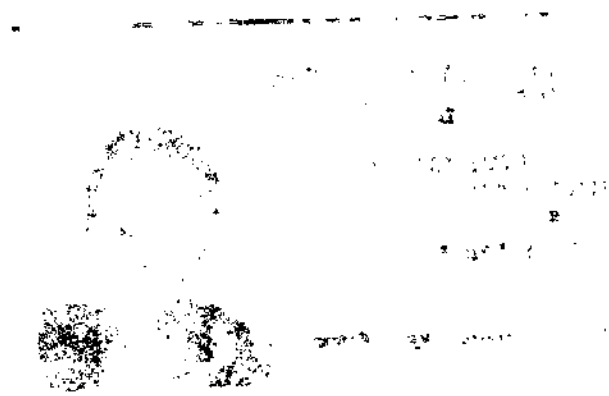
1.68 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

29-MAY-2009 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00415111-F-1033733655-20121206 0031839201A 1 1982126711

123





enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0027454-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351324847-5

CLIENTE

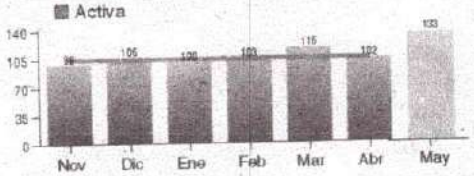
PROURBANISMO S A
TV 2 D NO 84 A SUR 76
URB LIBANO
BOGOTA, D.C. - CHUNIZA

03 019 4533 / 018-16046848

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $858,43

CONSUMO DIARIO: 4,16 kWh

VALOR DIARIO: $1.999

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 104 kWh

PERÍODO FACTURADO: 29 MAR/2025 A 29 ABR/2025 | **DÍAS FACTURADOS:** 32 | **CONSUMO MES** 133 kWh

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

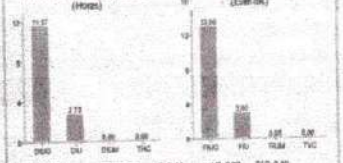
¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR.

Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a políticas de crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000000194533
RUTA LECTURA:	10030191245
MANZANA DE LECTURA:	MS000253782
MEDIDOR NO:	018-16046848
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 2266781 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0.00 DSC: 0.00
PERIODO: 202503 DI: 329.94 CF: 115.00000 MC: 0.00 MR: 1.00 %d: 0.35
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz, esto iluminará los espacios de tu hogar.

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
318 880 6033 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia | @EnelColombiaCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNC
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140 denunciasel

DEFENSOR DEL CLIENTE
www.enel.com.co/es/personas/defensor-clientes
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: daviplata | dale! | MOVII | Nequi | tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED | efecty | Red Reval | Todo1 | MOVIRED | Vaticy

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo | Metro

Código QR

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-36,40 Local 1

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: — **Vigencia: MAR/2025**
G: $336,40 T: $56,28 D: $293,26 CV: $78,75 PR: $67,99 R: $23,76 CF: $0,00 / $858,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UM:1-2108870H1 - - 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 RESOLUCION CREG 015 DE 1998.

Señor el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información 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. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 16 de diciembre de 2020.
Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.
Esta factura se cobra 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 establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, se invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Codensa), 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 encartes, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-6. Enlasal vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

FECHA GENERA 05/05/2025 02:5
FECHA EXPEDI 05/05/2025 14:2

CUDE: 0a26afad2f7498b46b6d209cbdfb102e6fe71750f439947f3ce2afecdeda8d6776f827e5269ed9f4afcda1b5426d37b

123



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica 116	MICROCHIP:	SI Número: 900255002406191	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nina			COLOR: Carey	
ESPECIE: CANINO___FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA Mestizo	EDAD 3M	PESO: 7.3 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 X COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Miguel Angel Avila Cruz	DIRECCION Cl 177 G Sur N° 0-33	TELEFONO 3007047977
CEDULA: 7000332957	CORREO ELECTRÓNICO: miguelavilacruz36@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA El Vial	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Bto	TIPO DE VIVIENDA: CASA___APTO X RURAL___	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/R	Marzo/25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa Abril/25
		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: 143 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 38.3 °c	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1000332951

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

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

FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-2000**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA **B+** G.S. RH **M** SEXO

01-OCT-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNAN PENAGOS GIRALDO

INDICE DERECHO

A-1500150-01494133-M-1000332951-20250220 0144013475A 4 8514332586

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.000.332.951**
AVILA CRUZ

APELLIDOS
MIGUEL ANGEL

NOMBRES



miguel Avila
FIRMA

130

130

39574

enel Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1993978-9**

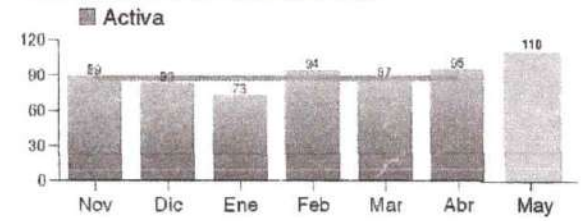
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 351202842-5

CLIENTE

JOSE MIGUEL RINCON
CL 117 G SUR NO 0 33
BOGOTA, D.C. - EL UVAL

02 021 7080 / 018-19486104

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $858,43

CONSUMO DIARIO: 3,44 kWh

VALOR DIARIO: $1.299

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES. 87 kWh

PERIÓDO FACTURADO: 28 MAR/2025 A 28 ABR/2025

DIÁS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 110 kWh

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



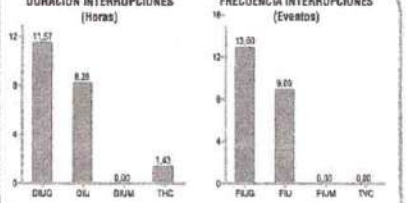
¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR:

©Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a política de crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com.

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020217080
RUTA LECTURA:	10020210135
MANZANA DE LECTURA:	MS20250220
MEDIDOR NO:	018-19486104
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 7274TR1 GRUPO: 11 HC: 9,00 VC: 9,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/03 DI: 225,94 CF: 87,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 9,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz, esto iluminará los espacios de tu hogar.

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 690 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, El Revol, Supergiros, Movired, Puntored, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del destinario. 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: MAR/2025**
G: $338,40 T: $56,28 D: $293,26 CV: $78,75 PR: $57,98 R: $23,76 CF: $0,00 / $858,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UM17-7274TR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

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

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 158/11 consultar www.enel.com.co

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

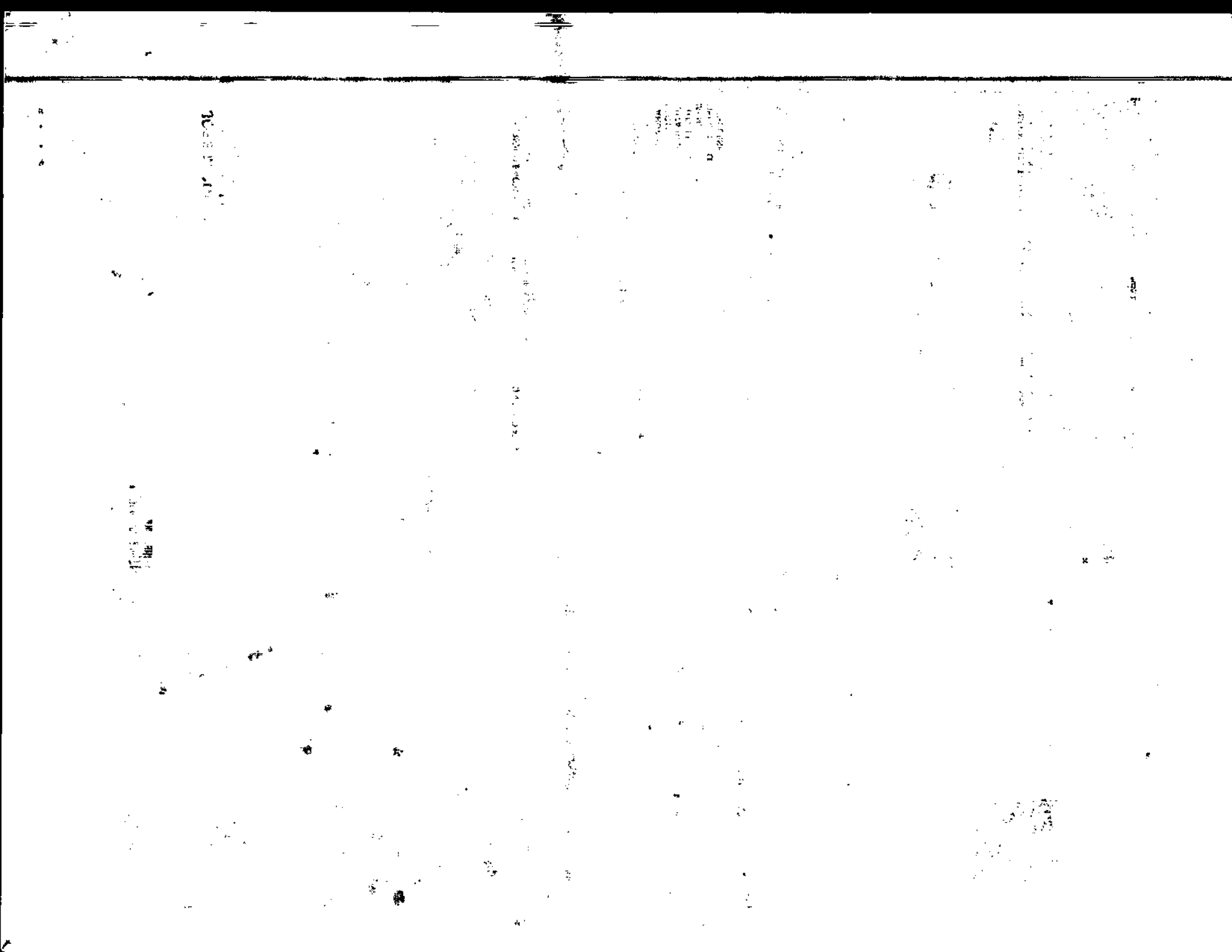
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP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

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

FECHA GENERACIÓN: 03/05/2025 00:29:54
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 13:27:14

CUDE: ee8540d48100d3362626c3b2bfd66226e04994f195fa693557ff42c31b431dc63687c5c5df8f1dfbe17784fb4b642e6

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.096.812-
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 860.321.151-9



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica 117	MICROCHIP: SI Número de: Expiry Date: 2030/02/07 900255002406193	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES___ PROTECCION___ CALLE___ ASENTAMIENTO___ HABITANTE DE CALLE___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pelusa				COLOR: Blanco Pardo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA Mestizo	EDAD 3 M	PESO: 1.5 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR___ CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO___ OTRO___			

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Lucia Cruz Guerrero		DIRECCION Cl 179 G Sur N° 0-33	TELEFONO 3007047977
CEDULA: 52.091.663		CORREO ELECTRÓNICO: miguelaurliacruz36@gmail.com	
BARRIO O VEREDA El Uval	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Bto	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL		
NS/NR:			

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
NA	Marzo/25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa Abril/25
		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
HALLÁZGOS ENCONTRADOS: Ninguno	
CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E.	CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 143 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosada
OBSERVACIONES:				

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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: SM209166

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:

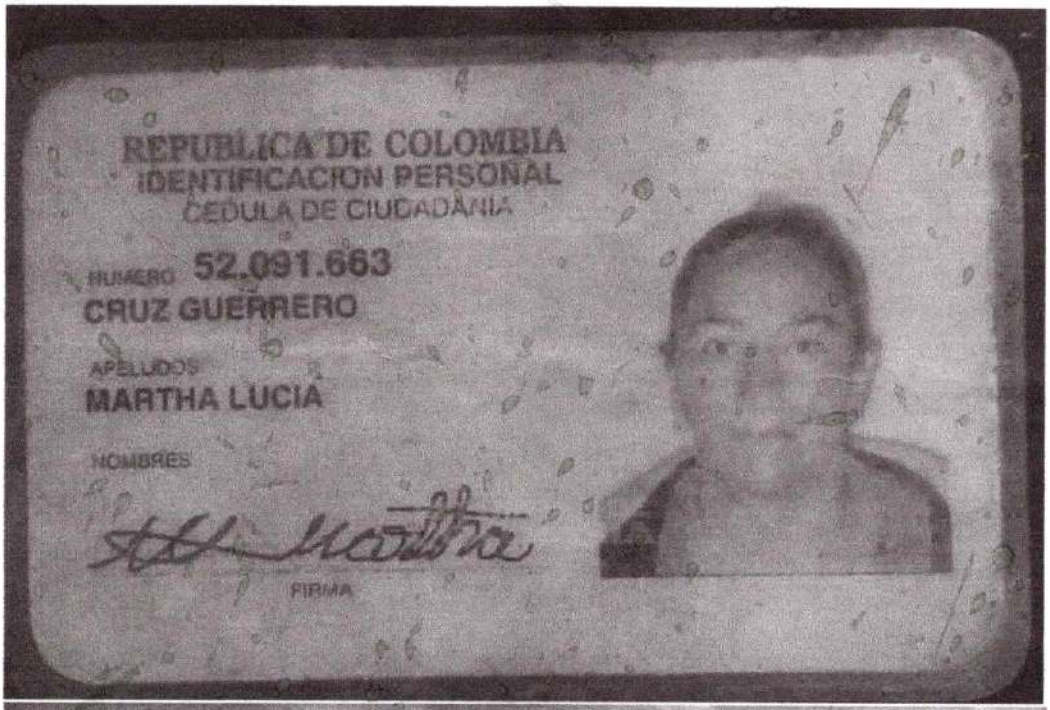
AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

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:

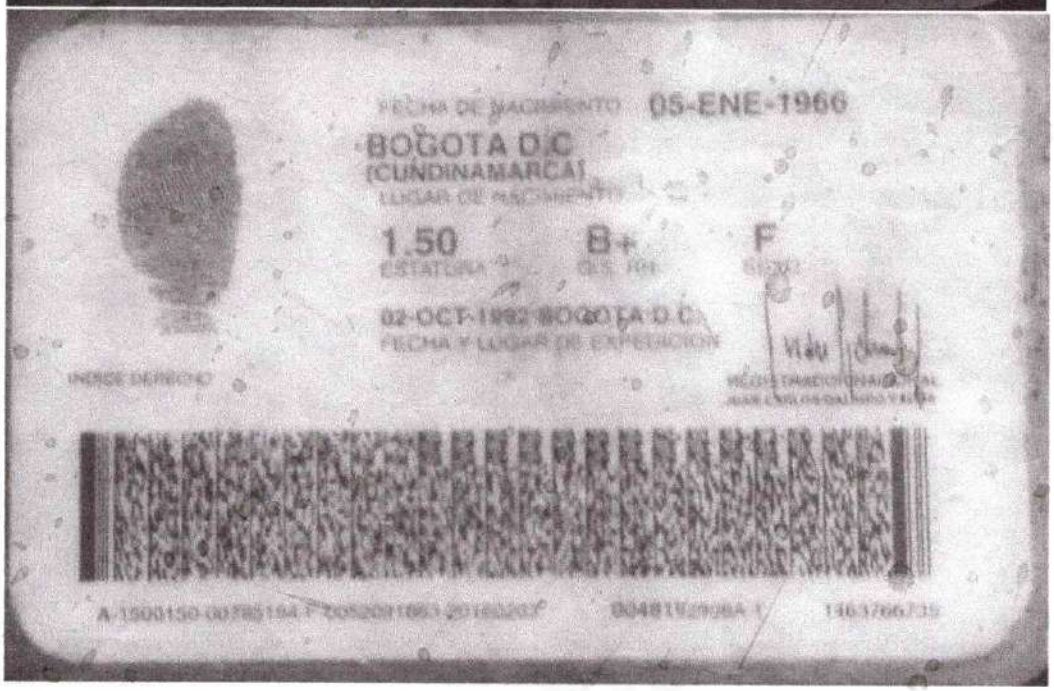

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.091.663
CRUZ GUERRERO

APELLIDOS
MARTHA LUCIA

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 05-ENE-1966
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

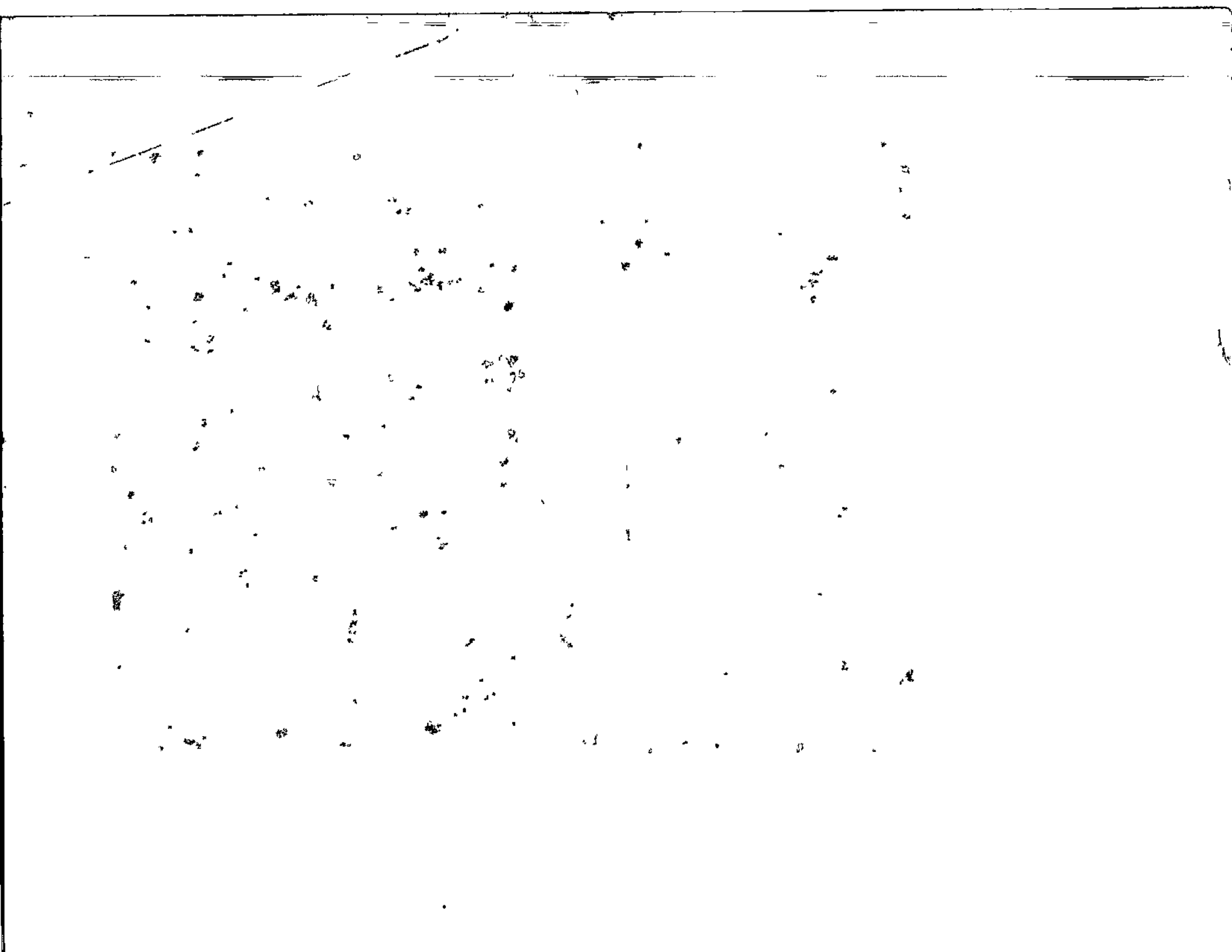
1.50
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

02-OCT-1984 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO



131

39574

enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1993978-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 351202842-5

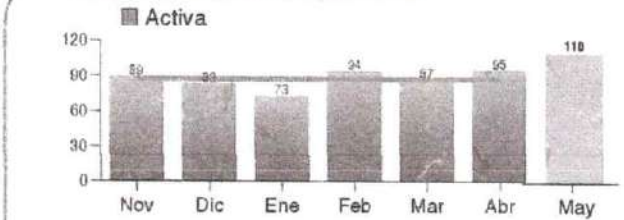
CLIENTE

JOSE MIGUEL RINCON
CL 117 G SUR NO 0 33
BOGOTA, D.C. - EL UVAL

02 021 7080 / 018-19486104



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $858,43

CONSUMO DIARIO: 3,44 kWh

VALOR DIARIO: $1.299

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 87 kWh

PERIÒDO FACTURADO: 28 MAR/2025 A 28 ABR/2025

DIÀS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 110 kWh

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

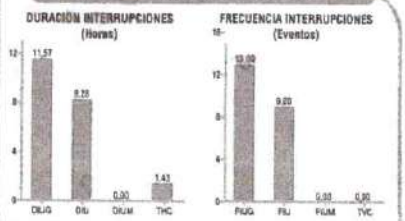
¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR:

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a política de crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com.

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020217080
RUTA LECTURA:	10020210135
MANZANA DE LECTURA:	MS20250220
MEDIDOR NO:	018-19486104
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 7274TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/03 D: 229,84 CF: $7,00400 MC: 0,00 MF: 1,00 %E 0,20

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 pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO

Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz, esto iluminará los espacios de tu hogar.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
APP Banco · Internet · Teléfono Banca · 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 · Todo1 · MOVIRED · puntored · efecty

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel

Almacenes de Cadena
Jumbo · Metro

Código QR

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	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: MAR/2025**
G: $338,40 T: $55,28 D: $293,26 CV: $78,75 PR: $67,98 R: $23,76 CF: $0,00 / $858,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UM17-7274TR1- - NIVEL DE TENSION: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 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 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 previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 03/05/2025 00:29:54
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 13:27:14

CUDE: ee8540d4810d3362626c3b2bfd66228c0499411958e6935b7f42c31b431dc53887c5c5a8f1dfba17784fa4b642e6

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.066.832-
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 860.321.151-0

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 118 | MICROCHIP: 900265002182384 | FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Violeta. | COLOR: Gris

ESPÉCIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO___ | RAZA: Mestiza. | EDAD: 5años | PESO: 3.2 KG | MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR___ CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO___ OTRO___

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO X COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Myriam Morales Obaya | DIRECCION: calle 109 sur #4-21 | TELEFONO: 3115677516

CEDULA: 41727964 | CORREO ELECTRÓNICO: 3115677516@SM correo

BARRIO O VEREDA: Antonia José Suaro | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Marzo 25. | 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 Enero 25

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: 143 l/m | F. RESPIRATORIA: 22 r/m | TEMPERATURA: 38.3°c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.3 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

1. 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: Rachell Morales	Nro de Identificación: 41.92.964

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 41.727.964
MORALES OLAYA

APELLIDOS
MARTHA MYRIAM

NOMBRES

FIRMA

39



FECHA DE NACIMIENTO 02-MAY-1955
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

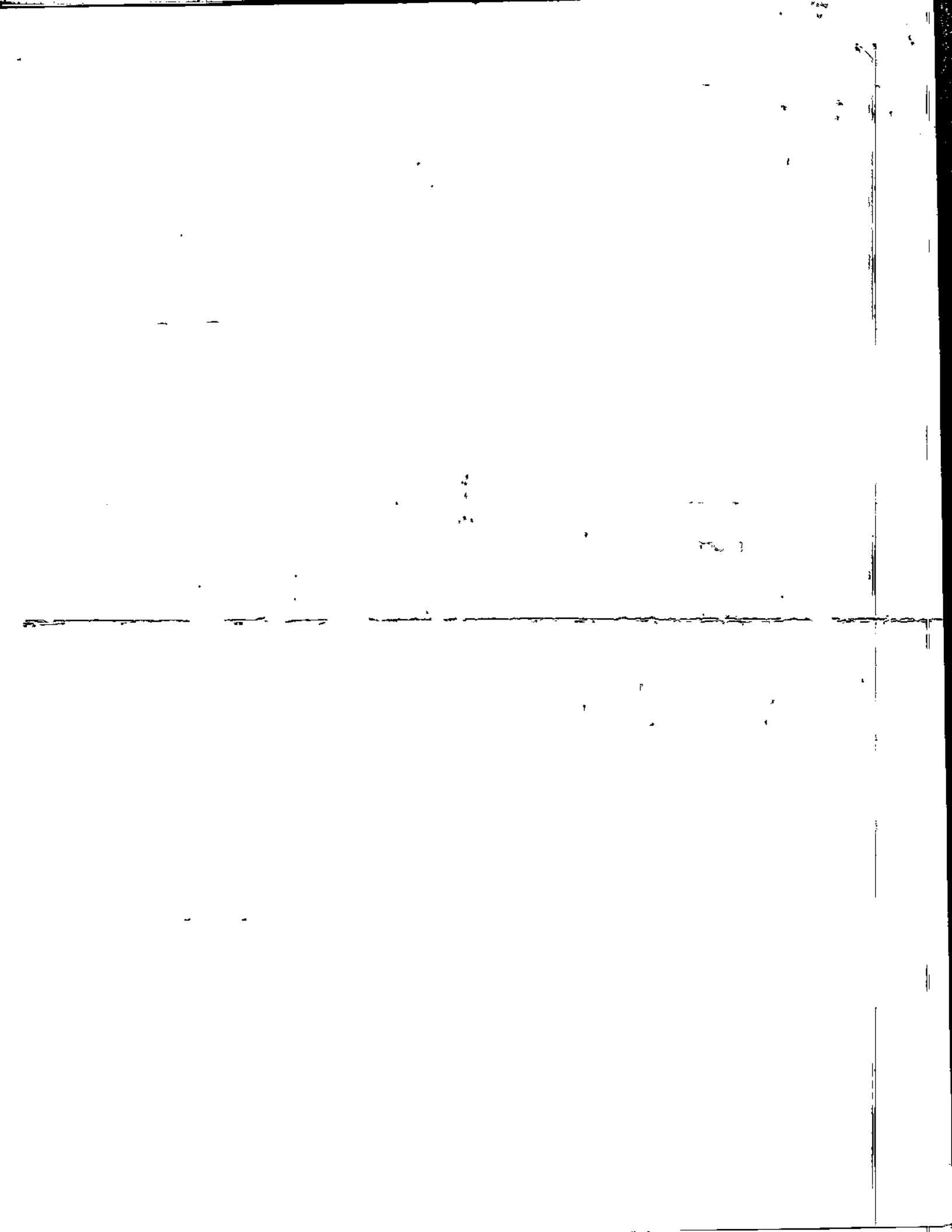
1.54 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

26-MAY-1977 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00314621-F-0041727964-20110715 0027430493A 1 1981409786



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:1J44779A

BIMESTRAL

10629441
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17173506316
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MARTHA MORALES

Dirección del predio
CL 109 SUR 4 21

Barrio: **ANTONIO** 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 07:55:22	ABR/22/2025 16:13:48

¡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 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.

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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

HC Número de Historia clínica: 119

MICROCHIP: SI Número: 900265002182390

FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Perla

COLOR: Gris- Beige

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

RAZA: Mestiza

EDAD: 5 años

PESO: 3. KG

MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Juana María Bautista Bernal

DIRECCION: cl 108 Sur # 5B 40

TELEFONO: 314 5987480

CEDULA: 39.792.978.

CORREO ELECTRÓNICO: amapero-16 @ hotmail.com

BARRIO O VEREDA: Villa Israel

ESTRATO: 1

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Bachiller

NS/NR: ___

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 1-05-25

ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: Feb - 2 - 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 Feb - 2 - 25

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: 140 l/m

F. RESPIRATORIA: 27 r/m

TEMPERATURA: 38,3 °c

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: rosados

OBSERVACIONES:

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	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,15 ml.	0,2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Dra. Vanesa Florian T.P 32236

FIRMA:

6. 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:
Joany Maria Batista Baez	39299798

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

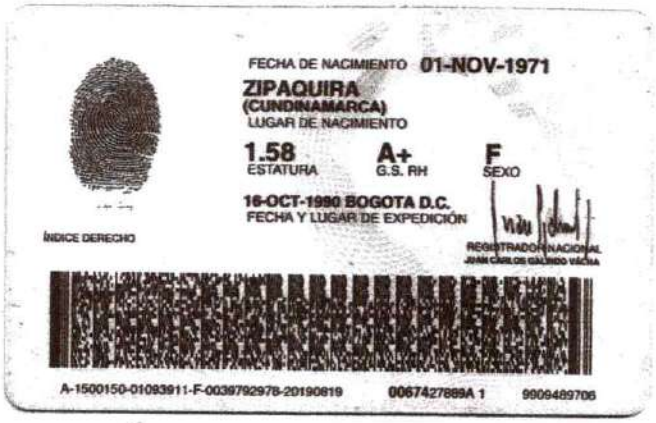
DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

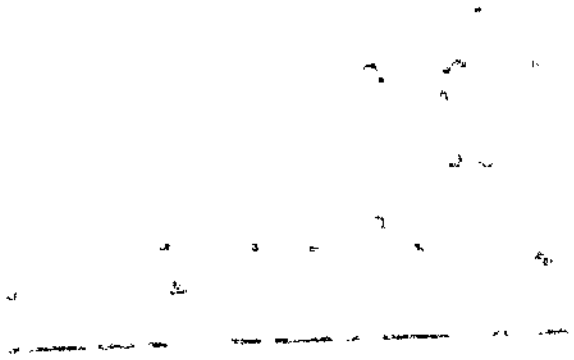
Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

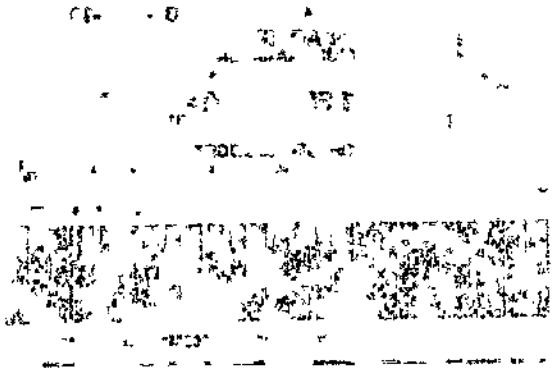
Perla Bautista
3 años

06









06

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:

0928560-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351212767-6

CLIENTE

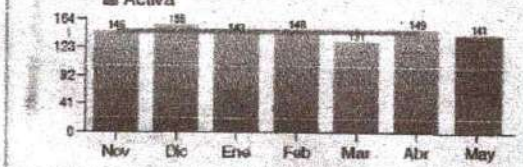
ALVARO BAUTISTA
CL 108 SUR NO 5 B 40
BOGOTA, D.C. - VILLA ISRAEL

02 022 5113 / 018-25013008

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $858,43

CONSUMO DIARIO: 4,41 kWh

VALOR DIARIO: $1.886

CONSUMO PROMEDIO DE TRES (3) MESES: 136 kWh

PERÍODO FACTURADO: 03 MAR/2025 A 28 ABR/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 141 kWh

¿Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR:

Sí aplica

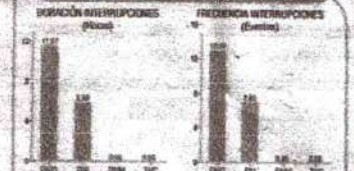
Sistema registrado de The Bank of Nova Scotia, utilizado bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, Vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia. Depósitos hasta $50.000.000 por cliente garantizados por el Fondo de Garantías de Entidades Financieras. Conozca más en www.fogafin.gov.co

¿Sabías que tuviste acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de tu factura?

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100009202251130
RUTA LECTURA:	10020221144
MANZANA DE LECTURA:	MS00259453
MEDIDOR NO:	018-25013008
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Teléfono y solicitudes

Chat de servicio en

318 580 6003 Elena Bot o paso Asesor

@EnelClientesCO

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

EN SU PUNTO SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DONACIONES
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 8140085 donaciones@enel.com

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

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz, esto iluminará los espacios de tu hogar.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Bancos, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cobro Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Semiconectado

Sitiores Virtuales: daviplata, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: Red Daviplata, Red Cade, Almacenes de Cadena

Centros de Servicio: enel

Código QR

Si paga en un corresponsal bancario, exija 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
ÁREA 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: MAR/2025

G: $338,40 T: $66,38 D: $260,26 CV: $76,75 PR: $67,80 R: $23,76 CP: $0,00 / $800,63 Costo AOM Mes

ACTIVIDAD ECONOMICA 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 015 DE 2018.

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 indicada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, línea de Bogotá el 01 8000 512 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0091 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG-038/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la Cael modificó el Código de Medida, sus establecieron obligaciones, derechos y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, línea de Bogotá al 01 8000 512 115, 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 (Electrificadora de Colombia), de acuerdo con la autorización 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 conceptos, 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: 03/05/2025 00:15:00
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 14:01:11

CUDE: 54e87d3a802972c73aa87ff44d05e59eb44c6a57b1c2595685b504af23a6454be8960767a5d10d8560de61150d65fc284

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENITfactura - NIT 890.321.161-9

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.094.518-

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 120	MICROCHIP: 900255002182719	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: VICTORINA				COLOR: PARDO	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA MESTIZA	EDAD 1 AÑO	PESO: 2.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR___ CASERO___CONCENTRADO X MIXTO OTRO___	

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO RESCATE EN CASA

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: BIBIANA DEL PILAR APARICIO YOSA	DIRECCION CALLE 106A SUR # 38A-28	TELEFONO 3015705553
CEDULA: 52.481.997	CORREO ELECTRÓNICO: bibi-aparicio@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA ANTONIO JOSE DE SUCRE	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: TECNOLOGA NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL___	

3. ANAMNESIS

BUEN ESTADO DE SALUD.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
ENERO 25	MAYO 2/25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa MAYO 25

4. EXAMEN CLINICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 147 l/m	F. RESPIRATORIA: 23 r/m	TEMPERATURA: 38.5 °c	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: ROSADAS
OBSERVACIONES:				

6. 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	ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32238	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Bibiana Aparicio Yosa	52821997

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

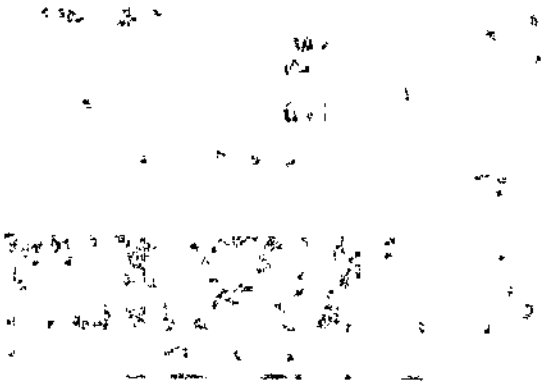
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

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
52.921.997
APARICIO YOSA
APELLIDOS
BIBIANA DEL PILAR
NOMBRES
Bibiana Aparicio Yosa

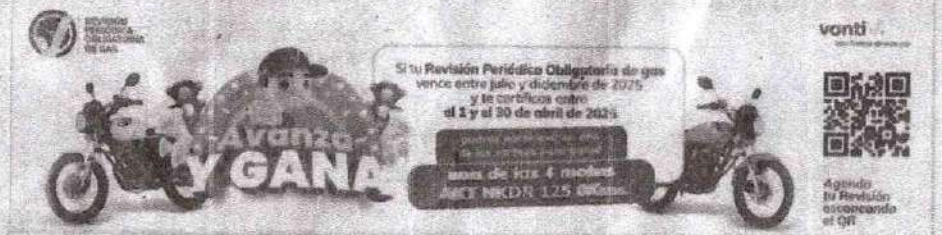

FECHA DE NACIMIENTO 14-MAY-1983
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
A-
G.S. RH
F
SEXO
16-AGO-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500105-47150619-F-0052821997-20060808 63693 062168 02 190368706



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 · Bancolombia · Nequi · 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
Fija: **01 8000 919 052** Móvil: **164**

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

CARNAVAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 704822507/2024

Se le suministrará el servicio por una vez que se cumplan los requisitos establecidos en la Ley 142 de 1994 y demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen. Para acceder al mismo se deberá cancelar el valor de la conexión vigente. Si no se cancela la factura dentro del plazo establecido, se podrá suspender el servicio sin necesidad de aviso previo. Para el restablecimiento del servicio, además del pago de la factura, se deberán cancelar los gastos de reconexión y reinstalación. Para la reinstalación del servicio se requerirá el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley 142 de 1994 y demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen. Para acceder al mismo se deberá cancelar el valor de la conexión vigente. Si no se cancela la factura dentro del plazo establecido, se podrá suspender el servicio sin necesidad de aviso previo. Para el restablecimiento del servicio, además del pago de la factura, se deberán cancelar los gastos de reconexión y reinstalación. Para la reinstalación del servicio se requerirá el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley 142 de 1994 y demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen. Para acceder al mismo se deberá cancelar el valor de la conexión vigente. Si no se cancela la factura dentro del plazo establecido, se podrá suspender el servicio sin necesidad de aviso previo. Para el restablecimiento del servicio, además del pago de la factura, se deberán cancelar los gastos de reconexión y reinstalación. Para la reinstalación del servicio se requerirá el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley 142 de 1994 y demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen. Para acceder al mismo se deberá cancelar el valor de la conexión vigente. Si no se cancela la factura dentro del plazo establecido, se podrá suspender el servicio sin necesidad de aviso previo. Para el restablecimiento del servicio, además del pago de la factura, se deberán cancelar los gastos de reconexión y reinstalación. Para la reinstalación del servicio se requerirá el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley 142 de 1994 y demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen. Para acceder al mismo se deberá cancelar el valor de la conexión vigente.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

EFRAIN LUGO
CL 106A SUR 3A 28 00001 - ANTONIO JOSE SUCRE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5037101-115745

Lote: P07GN **Ruta:** 001164015829000500O **Código del Sector:** 110

Cuenta o referencia de pago 61668090

vanti Listo

Compra

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 3.971.828**

110
00116401582900050000
66302
PATCH
C1



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 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 202

Factura de gas

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago **61668090**

vanti

Más formas de avanza

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	3M3	2.825,91	0,00	8.477,73
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	4,45	0,00	4,45
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	433,86	0,00	433,86

1 – Total **$38.891,18**

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.8700 % Visita RPO Cliente Residencial	5/6	13.978,82	433,86	13.978,82

2 Total **$13.978,82**

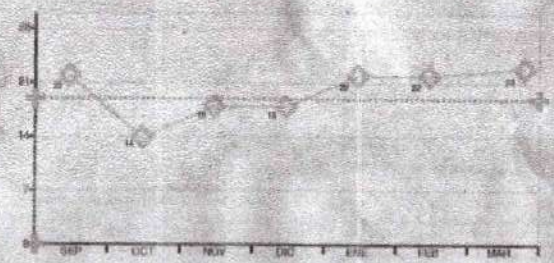
3 – Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$52.870,00**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
10 Feb. 2025	9868	REAL
10 Mar. 2025	9898	REAL

m³ corregido= 9898 - 9868 * Factor de corrección = 23

Tu próxima lectura será **Entre 05 y el 10 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

31 Oct. 2029

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41295 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1604.97	Tm: 526.97	Dm: 621.22	Cm: 0.0
P: 72.75	Cvm: 0.0	Cvdm: 0.0	Cvum: 0.0
Ccm: 0.0	Fpcm: 42.475	DAUR: 0.0	DAUNR: 0.0

Nj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 271 kWh y el precio unitario del kWh es: $141.893

Factor de corrección

Vm: 30	Kz: 0.76628	Kt: 1.00536	Pt: 0.77039
Vc: 23	Tm: 14.02	Tc: 15.56	Pb: 1.01000
Pm: 0.751	Pm: 0.023	Fpvs: 1.0	

Factor de corrección: 0.77039

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IQ: 100.0 IPR: 100.0





Factura No. F158293291049

C1

663302

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica 121	MICROCHIP: SI Número: 900255002182463 Expiry Date: 2028/11/11	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Leyla			COLOR: Beige - Café	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA: Siames	EDAD 5m	PESO: 3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO___ MIXTO OTRO___		

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yeimy Charidt Tarres Sanchez	DIRECCION: cll 116 a Sur # 8-28	TELEFONO: 3223234404	
CEDULA: 1.022.985.956	CORREO ELECTRÓNICO: yeimysanchez1022@gmail.com		
BARRIO O VEREDA: Villa anita	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Tecnico 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 Feb-2025	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: V-P

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

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

4. EXAMEN CLINICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38-5 °c	TLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: —				

6. 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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Yeimy Tomé	1024235456

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:

139

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.985.956**
TORRES SANCHEZ

APELLIDOS
YEIMY CHARIDT

NOMBRES

Yeimy Torres

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **06-NOV-1992**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-MAY-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500160-00392519-F-1022985956-20120810 **00307**87549A 1 1981916438

139

enel Bogotá

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

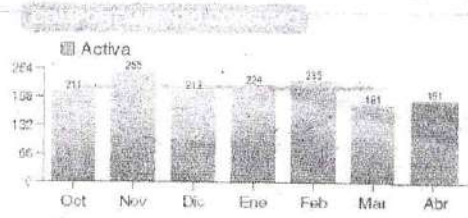
PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2052024-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347515527-9

LUZ MARIA TORRES SANCHEZ
CL 116 A SUR NO 8 28
BOGOTA, D.C. - VILLA ANITA USME

02 020 5639 / 018-19454858



VALOR kWh APLICADO: $843,71

CONSUMO DIARIO: 6,59 kWh

VALOR DIARIO: $3.449

PERÍODO FACTURADO: 27 FEB/2025 A 27 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 191 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.

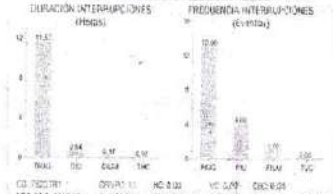
Nuevo canal / Formulario online:
www.enel.com.co/es/personas/radicaciones

También puedes seguir comunicándote a través de Elena WhatsApp **3168906003**, línea de servicio **6015 115 115** o a 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:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020205639
RUTA LECTURA:	10020200721
MANZANA DE LECTURA:	MS00261937
MEDIDOR NO:	018-19454858
MEDIDOR NO:	018-19454858



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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes: enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en: enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 9003 (Envía Hola o paso Acceso)
Enel Colombia @EnelColombiaCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca: 601 5 115 115
115 Gratuito las 24 horas
601 5140065 denunciosie@enel.com

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 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

COMO PAGAR SU 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, Bancolombia, dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Gana, Red Multipagos, MOVIRED, Baloto

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Alkosto, Makro

Código QR

Si elegiste uno de los corresponsales bancarios, exige el comprobante de atención. 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: $272,08 CV: $76,30 PR: $69,09 R: $12,80 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CIRCUITO: UM27132TRH - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 23 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 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 0061 de 10 de diciembre de 2002.

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

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

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicate 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 (Emergente de Colombia), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el ente 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 consultar 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.

CUDE: 2ee81ff7f1527214ae0756b1b989c5d11bd2486b2cecb9543a867a2124fcfcd99fc4e4e0845 1c9d9e8f54ef5228515

FECHA GENERACIÓN: 02/04/2025 02:36:26
FECHA EXPEDICIÓN: 02/04/2025 15:56:16

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S. NIT. Nombre del SW: CENFacturador NIT 890.301.161-0

Resolución DIAN No. 18764012345678 de 2024/01/01 Prefijo: FEB Rango Autorizado: 1 - 5000000 Vigencia: 24 meses

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica 122	MICROCHIP: SI Número de 900255002404728	FECHA: 08-05-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sucrruda		COLOR: Naranja / Blanco
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA mestizo EDAD 7 A	PESO: 4 KG MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Chelcimth Katherin Bernal Santofimio	cl 705 sur n7-09 este	3143668359
CEDULA: 1007.770.220	CORREO ELECTRÓNICO: Santofimiochelcimth.78@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Nuevo Portal / ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R
Abril 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/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 141 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.3 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ←→

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

B. 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:
Gidonell Bernal	1.000.000.215

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 **1.007.770.220**
BERNAL SANTOFIMIO
APELLIDOS
CHELCINTH KATHERIN
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **16-MAR-1999**
FACATATIVA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
17-ABR-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-0144760 9-F-1007770220-20240620 0140636315A 1 8511958381

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.

CLIENTE

JOSE DAVID AGUDELO CASTRO
CL 105 SUR NO 7 09 ESTE
BOGOTA, D.C. EL NUEVO PORTAL

03 013 4540 / 117-21820534

Para pagos y consultas necesitas el número de cliente

1097630-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351381005-0

Llevar energía a tu predio es un trabajo en equipo.

Cuida los elementos que te corresponden, si identificas daños, puedes reportarlos al 601 514 0000.





VALOR kWh APLICADO: $857,40

CONSUMO DIARIO: 4,91 kWh

VALOR DIARIO: $2.259

PERIODO FACTURADO: 29 MAR 2025 A 29 ABR 2025

DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 157 kWh

¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!

Encuentra nuestros planes Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	6,97
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000030134540
RUTA LECTURA:	10030130549
MANZANA DE LECTURA:	1IS00281671
MEDIDOR NO:	117-21820534
SUBCLASE:	Básica

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz, esto iluminará los espacios de tu hogar.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Bancaria

Centros de Servicio

Código QR

RED CADE

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL 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 110

115

601 5 115 115

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

FECHA GENERACIÓN: 05/05/2025 03:08:22

FECHA EXPEDICIÓN: 05/05/2025 15:41:13

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 123	MICROCHIP: 900255002404720	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Estrellita			COLOR: Blanco Amarillo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA: MESTIZO	EDAD: 3 AÑOS	PESO: 2,7 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR___ CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___		

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jorge Andres Agudelo Martinez	DIRECCION: Cl 105 sur 7 09 este	TELEFONO: 3142820233	
CEDULA: 1013583167	CORREO ELECTRÓNICO: j.ranagoma@hotmail.com		
BARRIO O VEREDA: El 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: X
Abril 25	N/R	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI___ NO X SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: NINGUNO

HALLAZGOS ENCONTRADOS: NINGUNO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38,3°c	TLLC: 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ———

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	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA	

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

2. 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:
Jorge Andres Pinzon	1013583169

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:

52

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.013.583.167
AGUDELO MARTINEZ

APELLIDOS
JORGE ANDRES

NOMBRES

JORGE ANDRES AGUDELO

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-SEP-1986
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA

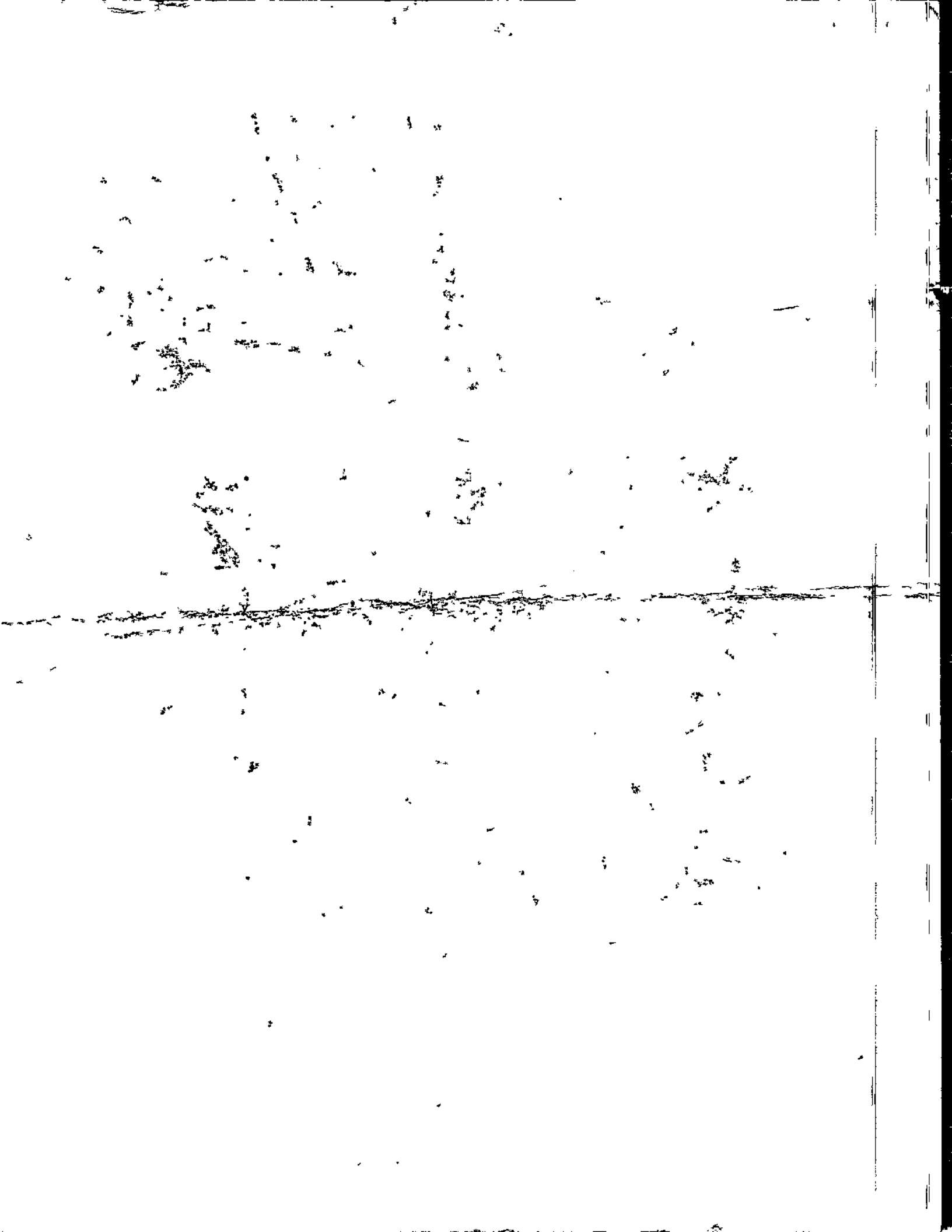
O+ G.S. RH

M SEXO

10-NOV-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01254304-M-1013583167-20210907 0075545731A 1 9915845046



enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
#47.850.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consulta: Número de Cliente

1097630-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351381008-0

CLIENTE

JOSE DAVID AGUDELO CASTRO
CL 105 SUR NO 7 09 ESTE
BOGOTA, D.C. - EL NUEVO PORTAL

03 013 4540 / 117-21820534

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR KWH APLICADO: $ 858,43

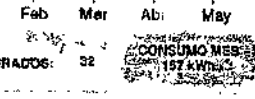
CONSUMO DIARIO: 4,91 kWh

VALOR DIARIO: $2.259

PERÍODO FACTURADO: 29 MAR/2025 A 29 ABR/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 157 kWh





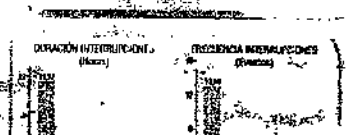
¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR:

Solicitud tramitada por The Bank of Nova Scotia, vigilada bajo licencia Superbancaria Colombia S.A. Entidad financiera autorizada para operar en Colombia. Corredores de Colombia S.A. actuando bajo licencia como corredor de seguros. Consulta más en www.creditofacilcodensa.com

¡Estrena tu ingreso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO desde la aplicación Enel Colombia dentro de lo habitual!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	6,97
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100000301345401
RUTA LECTURA:	100301305401
MANZANA DE LECTURA:	MS00281671
MEDIDOR NO:	117-21820534
SUBCLASE:	Básica



USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz, esto iluminará los espacios de tu hogar.

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes en oficinas de servicios personalizados

Registrate gratis

Chatea con Lina en enel.com/personas/atencion-en-canales

Ten acceso desde la página Web

315 830 4103 (Opera 24x7 a través de Asesor)

App Enel Clientes Colombia

CANALES PRESENCIALES	CANALES TELEFÓNICOS	CANALES DIGITALES
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 514 0000 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago: APP Bancos, Internet, Tele/Home Banking, Débito Automático, Cobro Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Sucursal de Pago Online, Sucursal de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Daviplata, Nequi, Tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Red Servi, MOVIRED

Red Distrital: BBD CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROLIMPIAMBIENTAL 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

Al pagar en un corresponsal bancario, exige el comprobante del cajero. El pago del corresponsal no es la fecha límite de corte de servicio.

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

G: $238,49 T: $38,78 D: $283,26 CV: $78,75 PR: $57,06 R: $22,78 CT: $0,00 P $858,43. Costo Kwh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 31,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 23 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de peticiones previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de dicho ante de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Creación de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0051 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 cobra pasos 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: los cumplimos de la resolución CREG 038 de 2014, la cual explica el Código de Medida, se establecen obligaciones, derechos y responsabilidades delimitados 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. 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 aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, 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 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.

CUDE: 15061000885855976055726805bcc68b43423d779adda937311e5464d209cafe80c0e2c1a5562231b1a854b6f4bd40

FECHA GENERACIÓN: 05/05/2025 03:06:22
FECHA EXPEDICIÓN: 05/05/2025 15:41:13

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación NIT 860.063.875-8 - Nombre del SW: CS-Referencia - NIT 899.241.151-0
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S. BIC - Nombre del SW: CS-Referencia - NIT 899.241.151-0

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica 124	MICROCHIP: SI Número del	900255002404724	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Andromeda			COLOR: Carey
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA Mestizo / EDAD 5M	PESO: 2.7 KG / MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___	

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO X COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Natalia Mayerly Cortes Salvador	DIRECCION: cl 84A sur 7 este 34	TELEFONO: 3204760095
CEDULA: 7073683 877	CORREO ELECTRÓNICO: nataliamayerly@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Compostela / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Tecnologo / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/A
Mayo 2025	Abril/25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI___ NO X / SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 141 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 r/m	TEMPERATURA: 38.3°c	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.2 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.05 ml.	.0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian TP 22236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1013683827

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.013.683.877

CORTES SALVADOR

APELLIDOS

NATALIA MAYERLY

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-1998

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

12-SEP-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00870659-F-1013683877-20161212 0052521995A 3 46513316

- Emprendimiento digital

EXPERIENCIA LABORAL

BALLEN SOLUPARTES S.A.S

Cargo: Auxiliar de talento humano
Tiempo laborado: Febrero 01 del 2023 – Agosto 31 del 2024
Teléfonos: 3225106091-3145905920
Dirección: Calle 7 N°15 A – 38
Funciones y logros:
Como Auxiliar de Talento Humano, desempeñe un papel fundamental en el apoyo eficiente de las operaciones del departamento y cumpliendo mi rol, la cual implicaba en el reclutamiento, selección de personal, programación de entrevistas, gestión eficientemente de la agenda de dirección, coordinar reuniones y manejo de correspondencia, y documentación interna y externa de colaboradores y clientes, mantener actualizados los registros de empleados y apoyar en la administración de beneficios y capacitación. Además, atender llamadas y visitantes, dirigiendo consultas y proporcionando información, mientras realizo tareas administrativas generales del área de talento humano. Mi enfoque integral garantiza un ambiente de trabajo organizado y profesional ya que estoy comprometida con facilitar un ambiente laboral inclusivo y colaborativo, demostrando habilidades organizativas y atención al detalle.
Jefe directo: Ingrid Caicedo Fernández

ZIMMEREI WZ

Cargo: Auxiliar de talento humano
Tiempo laborado: Octubre 27 del 2021 - Noviembre 15 del 2022
Teléfonos: 3007030457
Dirección: Carrera 79 C N° 41 B -16
Funciones y logros:
Como Auxiliar de Talento Humano, hice apoyo en el proceso de reclutamiento, desde la identificación de perfiles hasta la entrevista y selección de candidatos gestioné la implementación de programas de bienestar laboral, incluyendo actividades recreativas, iniciativas de salud y eventos de integración. Coordiné encuestas de satisfacción para identificar áreas de mejora y desarrollé estrategias para fomentar un ambiente de trabajo positivo y saludable, Así mismo me encargaba de recibir, verificar y archivar documentos relacionados con conflictos de interés en la organización y hacer acompañamiento a los colaboradores en el programa de orientación psicológica y gestionar situaciones tramitadas por calamidad y bienestar emocional en caso de ser necesario. También recibía y analizaba documentación para beneficios del programa de bienestar por parte de los colaboradores de la organización, participando activamente en la entrega de premios y bonos, garantizando un control riguroso. Por último, con mi implicación en la logística y seguimiento de eventos corporativos, asegurando la eficiencia y registro adecuado de asistencia de los colaboradores citados e invitados, contribuyendo al fortalecimiento del equipo de la empresa.
Jefe directo: Wolfang Gamba

REFERENCIA PERSONALES

BLANCA LILIA SALVADOR ALFONSO
Cargo: Plomera
Celular: 3212623890

NATALIA MAYERLY CORTES SALVADOR
C.C. 1.013.683.877

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

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

Agenda 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 tu cita en **grupovanti.com** y paga después

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Vanti

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 hacen parte del Grupo Vanti. Recuerda que puedes elegir tu revisor con cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC. Condiciones en www.vanti.co

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades:

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

*Permite opcionalmente la 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. 800.058.607-6

¡Hola!

DARIO BULLA
CL 84A SUR 1 ESTE 34 02 - COMPOSTELA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No: 5077101-1012285

Lote: P08GN Ruta: 0011640360051805000 Código del Sector: 400

Cuenta o referencia de pago 61551596

0011640360051805000 76366

vanti Listo

Compra televisor, calentador o gas, moto y muchos 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

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 bancario ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones establecidas en la política de financiación establecida 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 contactarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

Factura de gas

Abril 2025

Cuenta o referencia de pago **61551596**

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: **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	15M3	3.309,16	0,00	49.637,40
MENOS SUBSIDIO (42%)	1UN	-20.981,73	0,00	-20.981,73
AJUSTE DECENA	1UN	-3,17	0,00	-3,17
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	17,50	0,00	17,50
Vanti Max	1UN	11.924,37	2.265,63	14.190,00

1 — Total **$42.860,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

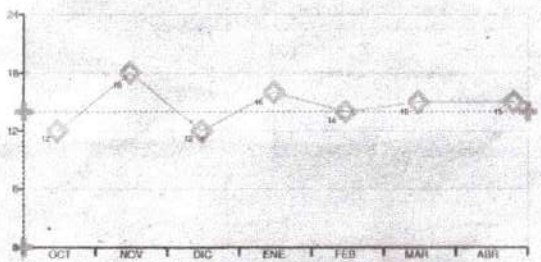
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$42.860,0**

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
11 Mar. 2025	7004	REAL
10 Abr. 2025	7024	REAL

m³ corregido= 7024 - 7004 * Factor de corrección = 15

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 Mar. 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 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 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 177 kWh y el precio unitario del kWh es: $161.896

Factor de corrección

Vm: 20 Kp: 0.76727 Kt: 1.00487 Ft: 0.77101
Vc: 15 Tm: 14.16 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F² pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77101

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPIt: 100.0



(415)7709998026025(8020)61551596(3900)00000000042860

C1 76266 Factura No.

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica 125	MICROCHIP 900255002404718	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mia				COLOR: Blanco Pardo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA mestizo	EDAD 1 AÑO	PESO: 3.2 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR___ CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___			

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Dana Rocio Galindo Cortes	DIRECCION Cl 91 B Sur 9-10	TELEFONO 3176977030	
CEDULA: 53005115	CORREO ELECTRÓNICO: melisalaura1083@gmail.com		
BARRIO O VEREDA El Virrey	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL___		

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Mayo 25	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 DIC/25
		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: 143 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 38.3 °c	TLLC: 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ———

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	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 Ut/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Mauricio Cabrera T.P 14474	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Diana Porto Sellado	53003515

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:

554

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **53.005.115**

GALINDO CORTES

APELLIDOS

DIANA ROCIO

NOMBRES

Diana Galindo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-OCT-1983**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

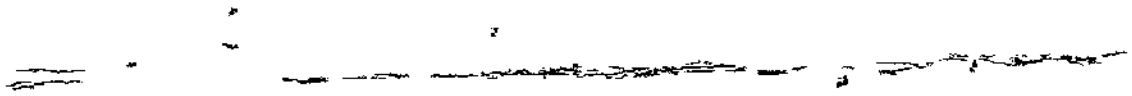
1.57 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

17-ENE-2002 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00848728-F-0053005115-20160914 0051097717A 1 1984042279



>54

enel | Bogotá

earth pact PAPEL ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **3311590-7**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 350969618-6

CLIENTE

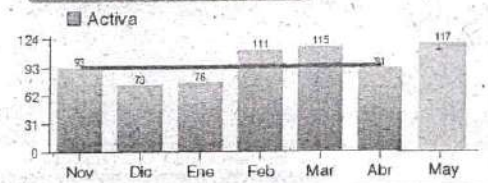
JESUS ADOLFO GALINDO SILVA
CL 91 B SUR NO 9 10 PI 2
BOGOTA, D.C. - EL VIRREY

01 015 7121 / 072-166867

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $858,43

CONSUMO DIARIO: 3,90 kWh

VALOR DIARIO: $1.842

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 93 kWh

PERÍODO FACTURADO: 27 MAR/2025 A 25 ABR/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 117 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

¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR:
®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a políticas de crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,30
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000010157121
RUTA LECTURA:	10010150122
MANZANA DE LECTURA:	MS00254854
MEDIDOR NO:	072-166867
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 39561701 GRUPO: 11 MC: 0,00 VC: 0,00 DEC: 6,01
PERÍODO: 2025/01 Dt: 229,94 Df: 115,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %t: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2014

CONTÁCTANOS

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

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

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

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz, esto iluminará los espacios de tu hogar.

¿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, Reval, Supergiros, Su cajero de confianza, MOVIRED, gana24horas, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del distribuidor. 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: MAR/2025
G: $338,40 T: $56,28 D: $293,26 CV: $78,75 PR: $67,98 R: $23,76 CF: $0,00 / $858,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UM34-33511TH1-- NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0647 de 28 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 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 dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 02/05/2025 00:45:23
FECHA EXPEDICIÓN: 02/05/2025 18:20:30

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.098.815-4 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 830.121.151-0

1 Total Energía	+	2 Portafolio Ener(X)	+	3 Total Aseo	=	5 Total a Pagar
$55.250		$0		$23.250		$78.500

PAGO OPORTUNO 13 MAY./2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 15 MAY/2025

ENERGÍA

Número de cuenta: 3311590-7

Próxima fecha de lectura: 27 MAY/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
ENERGIA ACTIVA FP	19.287		19.150		137		1		117	117		$858,45		$100.436
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$293,26		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh				Valor kWh $858,4300	X			Subsidio -44,99 %					-$45.191

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $1.842 DIARIOS

SUBTOTAL: $55.245

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	135
SUBTOTAL	

Otros cobros de productos y servicios

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: $0

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $55.250

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 $183.863

Informamos que de no recibir el pago de sus obligaciones Crédito Fácil COOMEVA 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 -44,99 %

ASEO

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

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	11890083	DÍAS LIQUIDADOS: 31
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	350969618-6	
PERIODO DE FACTURACIÓN	27.03.2025 a 26.04.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$36.539
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-14.618
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBI	$3
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$1.324

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:
$19.613,29	$8.340,25	$152.831,36

TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO:	0.00263999
LIMPIEZA URBANA:	0.00105817
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001623
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.05488853
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.04
AFORO NO APROVECHABLE	0.00

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO: $23.250

APORTE NO RESIDENCIAL: 0%

APORTE RESIDENCIAL: 0%

SUBSIDIO: 40%

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 3311590-7

Documento Equivalente Electrónico No. 350969618-6

(415)7707209914253(8020)013311590735096961 86(3900)000000000078500

PAGO OPORTUNO 13 MAY./2025

TOTAL A PAGAR $78.500