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: 126

900255002182321

SI ___ NO ___ Número de Microchip

FECHA: 08-05-2025

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zeus

COLOR: Blanco Amarillo

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

RAZA: Mestizo EDAD: 6M.

PESO: 4.7 KG

MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Araceli Tinjaca Quintanca

DIRECCION: Cll 115 B Sur # 2B 32

TELEFONO: 3148344815

CEDULA: 51.587.316

CORREO ELECTRÓNICO: araceli.tinjaca55@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: NA

ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: N.R

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N.R

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO 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: 38.6 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.5 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.25 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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:
Aracely Mojica Quintana	51587316

FM

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 51.587.316
TINJACA QUINTANA
APELLIDOS
ARACELY
NOMBRES

FIRMA

68



FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-1960
GAMEZA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
31-MAY-1979 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00159113-F-0051587316-20090612 0012414025A 1 1340100220

enel | Bogotá

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

ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1449182-1**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351167966-6

CLIENTE

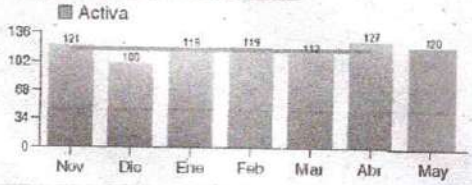
RAFAEL RIAO
CL 115 B SUR NO 2 A 32
MZ I LT 7
BOGOTA, D.C. - VILLA ISRAEL

02 021 7695 / 065-1021566

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $858,43

CONSUMO DIARIO: 3,75 kWh

VALOR DIARIO: $1.417

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 120 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES 115 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!
Encuéntra 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.

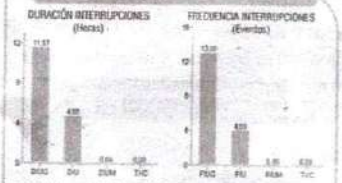
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	6,84
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020217695
RUTA LECTURA:	10020210741
MANZANA DE LECTURA:	MS00259401
MEDIDOR NO:	065-1021566
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



CD: 206 INTER: DN/PO: 11 HO: 0,00 MO: 0,00 CSO: 0,00
PERIODO: 2025/03 DI: 259,94 CF: 112,00000 MO: 0,00 MF: 1,00 Tar: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

Tramites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicacion.html
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
336 890 8000 (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 5140065 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 · efécil · El Reval · TENDO · MOVIRED · 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 datafono. 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-05
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: $75,75 PR: $67,95 R: $23,76 CF: $0,00 / $858,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UM27-2011TR1- - 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 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicarse al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 30 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 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. Emisión vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 03/05/2025 00:22:44
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 12:58:30

CUDE: 4edfafd982e4e50c710d5f53b6a3074446d71b26b0d81b9a9e4e78a7756e0f231

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.090.912-1

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 127	MICROCHIP:	900255002182568	FECHA: 08-05-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: calle 2				COLOR: Pardo	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Criollo	EDAD 1 Año	PESO: 3.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X 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: 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 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 PRECIRURGICAS

F. CARDIACA: 145 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °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 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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 128	MICROCHIP: SI / NO 900255002182470	FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION X CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Martha 3			COLOR: Negro/blanco
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Criollo	EDAD: 1 año	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 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 ELECTRONICO: 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/P
N/P	N/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: 145 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 c/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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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 le zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Martha Lucia Rojas Pinto	3124509182

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.745.099

ROSAS PARRA

APELLIDOS

MARTHA LUCIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-MAY-1964

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-FEB-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

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

enel Bogotá

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

Para pagar y consultar tu número de cliente es: **1944670-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 331152812-0

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

02 009 5064 / 057-1547249

Llevar energía a tu predio es un trabajo en equipo.

Cuida los elementos que te corresponden, si identificas daños, puedes reportarlos al: 601 514 9000.

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO

CONSUMO DIARIO 8,08 kWh

VALOR DIARIO

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 258 kWh

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

¿Sabes que tu consumo se ajusta a la LECTURA DE TU MEDIDOR y el CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual?

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000022006S064
RUTA LECTURA:	1002006021
MANZANA DE LECTURA:	MS00253314
MEDIDOR NO:	057-1547249
SUBCLASE:	Básica

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

RED CADE

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo

FECHA GENERACIÓN: 03/05/2025 00:28:33
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 13:34:15

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 129	MICROCHIP: SI / Nu 900255002404654	FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION X CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ingrid S				COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO FELINO X	SEXO: HEMBRA MACHO X	RAZA criollo	EDAD 4 meses	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 X COMPRADO ADOPTADO REGÁLADO PERRO DE CUADRA OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leslee Tamara Jimenez Puentes	DIRECCION cll 65 sur # 49-16		TELEFONO 3196989573
CEDULA: 1000.855.574	CORREO ELECTRÓNICO: leslee.tamara.tamara@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. 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: 2 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 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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: 1000855714

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
COL

Estatura
1.57

Sexo
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

Huella

037127624

REGISTRADOR NACIONAL

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

Bogotá

0765225-2

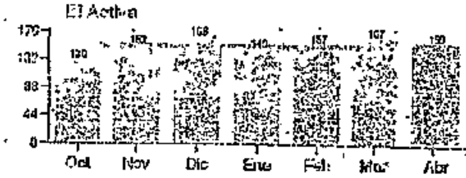
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 550792416-2

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

20 002 6224 / 072-120025

El Activa



VALOR kWh APLICADO
$856,03

CONSUMO DIARIO:
5,30 kWh

VALOR DIARIO:
$2.457

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

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES
159 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA KW:	3.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000200026224
RUTA LECTURA:	10200030514
MANZANA DE LECTURA:	MS002590C6
MEDIDOR NO:	072-120025
SUBCLASE:	Básica

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)

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

801 5 115 115

Línea de servicio al cliente 110

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

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo ... ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8, Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN:
28/04/2025 00:21:22
FECHA EXPEDICIÓN:
28/04/2025 10:03:16

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 130	MICROCHIP: SI NO 900255002404666		FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION X CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ingrid				COLOR: beige/Marron	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Siames	EDAD 2 años	PESO: 3.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___NO	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___		

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leslee Tamara Jimenez Fuentes	DIRECCION cll 65 Sur #4G-16		TELEFONO 3196989573
CEDULA: 1000.855.574	CORREO ELECTRÓNICO: lesleetamaratamara@gmail.com		
BARRIO O VEREDA Escala	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Ducha salud

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

4. EXAMEN 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: 39.3°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 ___ACEPTACION X RECHAZO, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Laura Abaunza TP.22928	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: 1000855571

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

Nombres
LESLEE TAMARA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.57	F

Fecha y lugar de nacimiento
08 JUL 2000 A+
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

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

Firma

Fecha de vencimiento
04 ENE 2034

CO

037127624

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

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

enel | Bogotá

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

0765626-2

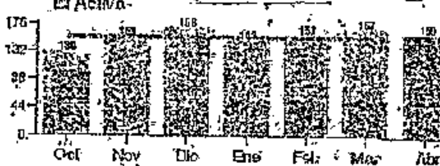
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 350792416-2

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

20 002 8224 / 072-120025

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

El Activo



VALOR kWh APLICADO: $858,43

CONSUMO DIARIO: 5,30 kWh

VALOR DIARIO: 32.467

PERIODO FACTURADO: 26 MAR 2025 A 24 ABR 2025

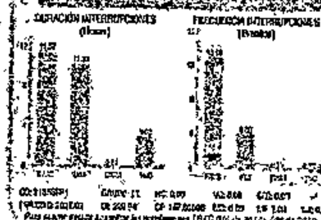
DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 159 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000020002824
RUTA LECTURA:	1020003051 4
MANZANA DE LECTURA:	MS002550C6
MEDIDOR NO:	072-120026
SUBCLASE:	Básica

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



App Enel Clientes Colombia

115

https://www.enel.com.co/es/personas/

Medios Digitales de Pago

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

Código QR

RECOLECCIÓN DE RESIDUOS

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. — TV 4 No. 51 A-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 # 54-33/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

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

G: $316,43 T: $56,29 D: $293,26 Cv: $79,75 PR: $87,85 R: $23,70 CFt: $0,00 T: $858,43 Costo kWh

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. ... IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG ...

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica ... 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: 26/04/2025 00:21:22

FECHA EXPEDICIÓN: 29/04/2025 15:09:16

CUDE: 26d35b0d31 2bc30d55f129f45f687136b039f1b1659...

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 131	MICROCHIP: SI: NO: 900255002404659		FECHA: 08-05-2025

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ingrid 4				COLOR: gris/beige, naranja	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Criollo	EDAD 4 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: Leslee Tamara Jimenez Puentes	DIRECCION cll 65 sur #49-16		TELEFONO 3196989573
CEDULA: 1000 855574	CORREO ELECTRÓNICO: lesleetamaratamara@gmail.com		
BARRIO O VEREDA Escala	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A.	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa Abril 2025	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R.	
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/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 APECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno	
CLASIFICACIÓN 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: 38.2 °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 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	Dra. Laura Abaunza T.P.22926	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: 1000855574

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



Apellidos
JIMENEZ PUENTES

Nombres
LESLEE TAMARA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.57

Sexo
F

Fecha de nacimiento
08 JUL 2000

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

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

Firma

Fecha de expiración
04 ENE 2034

CO

037127624

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

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

Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 830.113.513-8
Calle 80 No. 11 - 45 Piso 1

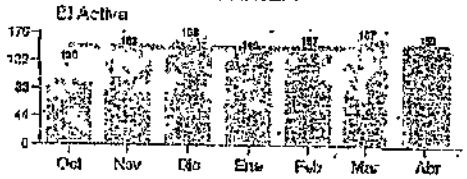
ANTONIO OLAYA
CL 85 SUR NO 4 G 16
BOGOTA, D.C. - LA FISCALA

0765626-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 350792415-2

20 002 8224 / 072-120025

El Activa



VALOR kWh APLICADO
$986,13

CONSUMO DIARIO:
5,20 kWh

VALOR DIARIO:
32.467

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

DÍAS FACTURADOS:
30

CONSUMO MES
153 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100020000028224
RUTA LECTURA:	102000030514
MANZANA DE LECTURA:	MS00255005
MEDIDOR NO:	072-120025
SUBCLASE:	Básica

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Veces)

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

Sistema Solidario de Gas Combustible
SGC $ 135,135

135

501.5445755

PROCAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. TV 4 No 55A-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 # 54-30 Int 1 piso 123-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costos ? Vigencias: MAR/2025

CU $333,09 T: $56,28 D: $200,30 CV: $62,73 PR: $87,08 PB: $23,70 CP: $0,00 / $833,43 Costo Kwh Bse

FECHA GENERACIÓN:
26/04/2025 00:21:22
FECHA EXPEDICIÓN:
26/04/2025 16:03:16

CUDE: 2b6b6c63f12bc30851f2f94566719fe2e9b1b185561a5e9a8a5495f0f*7dd5709f48cc1196897092e94e8196f1d40

ACTIVIDAD ECONOMICA 3511 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 1 P.S. por art. Barrio asentamiento de hecho Rectificado mediante Resolución 0247 de 25 de enero 2023, Art. Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1998
Debido al 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 o de la forma señalada para tales efectos. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, línea de Bogotá al 01 8000 913 115, o en nuestras Oficinas de Servicio al Cliente. Consulte en www.enel.com.co. ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según Resolución No 0051 de 16 de diciembre de 2020.
Tenemos en cobro suspensión previsto el acuerdo de negociación y en periodo de aplicación, el cual deberá presentarse ante la Empresa prueba de la suspensión del servicio.*
Esta factura no cobra gastos de la prestación de actividades no autorizadas con el Artículo 130 de la Ley 142 de 1994.
Suspensión de la prestación CREG 015/1911 demuestre suministro continuo
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 1994, la Empresa informará al Cliente de la factura, se considerarán como aceptos, aceptados y aceptadas, debiendo a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y su atención. Para solicitar mayor información, la factura o explicación en cuanto a precios y tarifas comuníquese a CAMBIUM 5 115 115, Línea de Bogotá al (601) 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP prestó el servicio de acuerdo para tarifas a través de la factura del servicio público correctiva de energía eléctrica (incluyen la Comercial), de acuerdo con la empresa hasta cubrir por el cliente para el uso de la factura como usual de acuerdo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el cambio que pudiera los cobros, ni por los valores facturados. Para mayor información consulte nuestros canales especiales, por favor dirijase a los centros de atención cercano 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. 830.113.513-8, Estando vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

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: 132 | MICROCHIP: 900255002404254 | FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Fory | COLOR: Negro Blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: MESTIZO | EDAD: 1 AÑO | PESO: 4.7 Kg | MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jackeline Garzon Urquijo | DIRECCION: cl 106A Sur 3A-28 | TELEFONO: 3203595887

CEDULA: 53 128 982 | CORREO ELECTRÓNICO: jicky.prince20333@hotmail.com

BARRIO O VEREDA: Antonio José Ocie | 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: NO Aplica | 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: 143 l/m | F. RESPIRATORIA: 27 r/m | TEMPERATURA: 38.4 °C | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.5 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.25 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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: 53128982

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

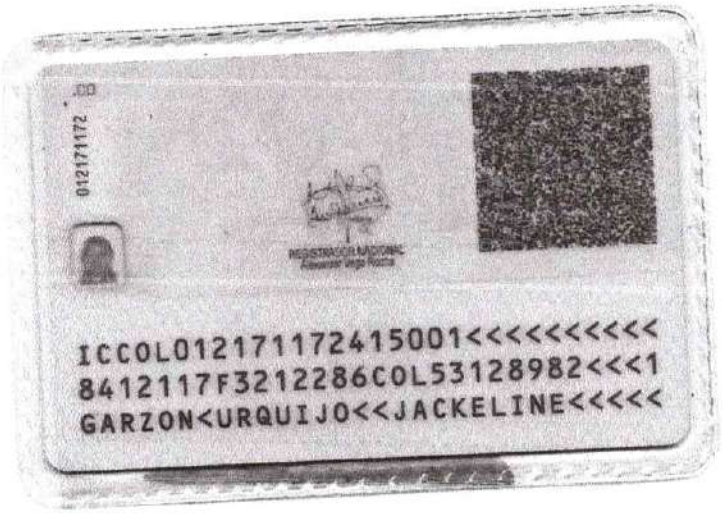
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

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 53.128.982
Apellidos
GARZON URQUIJO
Nombres
JACKELINE
Nacionalidad
COL
Estatura
1.55
Sexo
F
Fecha de nacimiento
11 DIC 1984
G.S
O+
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
Fecha y lugar de expedición
12 DIC 2002, BOGOTA D.C.
Firma

4


012171172
REGISTRADOR NACIONAL
ICCOL0121711724150O1<<<<<<<<<<<
8412117F3212286COL53128982<<<1
GARZON<URQUIJO<<JACKELINE<<<<<

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

41

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

Escaneo para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · 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.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-4

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:** 0011640158290005000 **Código del Sector:** 110

Cuenta o referencia de pago **61668090**

vanti listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 3.971.828**



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 66302 0011640158290005000 POTGN C1

Factura de gas

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago **61668090**

BOGOTA

vanti

Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1 Pago oportuno	2 Fecha de suspensión	3 Periodo facturado	4 Emisión de tu factura
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 N°	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**

Pago por

Escanee 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

Cuvo $ 2625.91

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 la responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Cmr 1604.97 Ttr: 526.97 Dmr 621.22 Cmr: 0.0
Ar: 72.75 Cvm: 0.0 Cvlm: 0.0 Cvmr: 0.0
Cmr: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

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

Factor de corrección

Vm: 30 Kp: 0.76625 Kt: 1.00536 Fc: 0.77039
Vc: 23 Tm: 14.02 Tc: 15.56 Pc: 1.01009
Pa: 0.751 Pm: 0.023 P pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77039

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPR: 100.0



NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO

(415)7709998026025(8020)61668090(3900)000000000059870

Factura No. F1SB2291048

C1 66302

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 133	MICROCHIP: 900255002182380	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: TOM			COLOR: Atigrado	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA mestizo	EDAD 3 MES	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 X 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 Isabel Paredes Teran	DIRECCION Cl 116 A SUR B. A. 67	TELEFONO 3243938126
CEDULA: PPT 6871464	CORREO ELECTRÓNICO: 3243938126@SINCORREO.COM	
BARRIO O VEREDA: Villa Anita Usme	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Primario	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/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 PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m	F. RESPIRATORIA: 26 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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:
[signature]	6871464

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

No. 6871464

PAREDES TERAN
APELLIDOS

COL

MARIA ISABEL
NOMBRES

VEN F
NACIONALIDAD SEXO

16644876
DOC. NRO.

08-12-1981
FECHA DE NACIMIENTO

08-06-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

FIRMA

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

IPCOL6871464<<6<<<<<<<<<<<<<<<
8112082F3105308VENE2018220<<<3
PAREDES<TERAN<<MARIA<ISABEL<<<

12185

29

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 en el número de cuenta de gas

1441981-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 381160843-0

CLIENTE

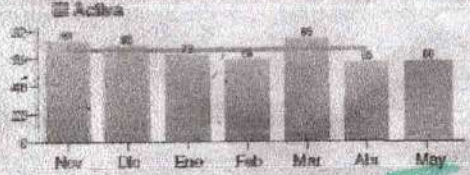
LIDIET VANEGAS
CL 116 A SUR NO 8 A 67
BOGOTA, D.C. - VILLA ANITA UGME

02 020 5614 / 074-14780

¿Quieres tu factura vía e-mail? Escríbenos al código



HISTÓRICO DE CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $658,43
CONSUMO DIARIO: 2,06 kWh
VALOR DIARIO: $779

PERIODO FACTURADO: 28 MAR/2025 A 28 ABR/2025
DÍAS FACTURADOS: 32
CONSUMO MES 66 kWh

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

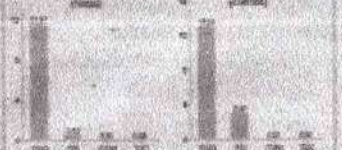
Para más información acerca de la LECTURA DE TU MEDIDOR y el CONSUMO

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1800023205814
RUTA LECTURA:	19032020598
MANZANA DE LECTURA:	MB90E81939
MEDIDOR NO:	074-14780
SUBCLASE:	Básica

HISTÓRICO DE CONSUMO

DESVIACIÓN NO RESIDENCIALES (Pesos) / DESVIACIÓN NO RESIDENCIALES (Cuentas)



CONSEJO DE LA EMPRESA

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 Gratuito las 24 horas.

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Enel, Internet, Teléfono Fijo Banco, Débito Automático, Cobro Electrónico, APP Red Colpatria Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billeteras Virtuales: Daviplata, dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: Efecty, Red Daviplata, Red Efecty, Red Multicolor, Red Servibanca

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Alianzas de Cadena

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A 25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 25
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-39/40 Local 125 134

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: MAR/2025
D: $338,40 T: $98,26 D: $285,26 CV: $75,75 PR: $67,66 R: $23,75 CP: $0,00 / $889,43 Cuota Mes

GRUPO: 11 CRECIMIENTO NIVEL CRECIENTE - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 0814 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.94 por ent. Banco subentenciones según Resolución No. 0547 de 26 de abril 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998

Recibe 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, línea de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Sumas grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

Esta factura es cobro previo (CUFE) previsto en concordancia con el Artículo 120 Ce (1 a) 14 de 1994

La complementa, de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, en establecimos obligaciones, sobreavisos y responsabilidades asignadas 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, línea de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, sobreavisos y responsabilidades asignadas 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, línea de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

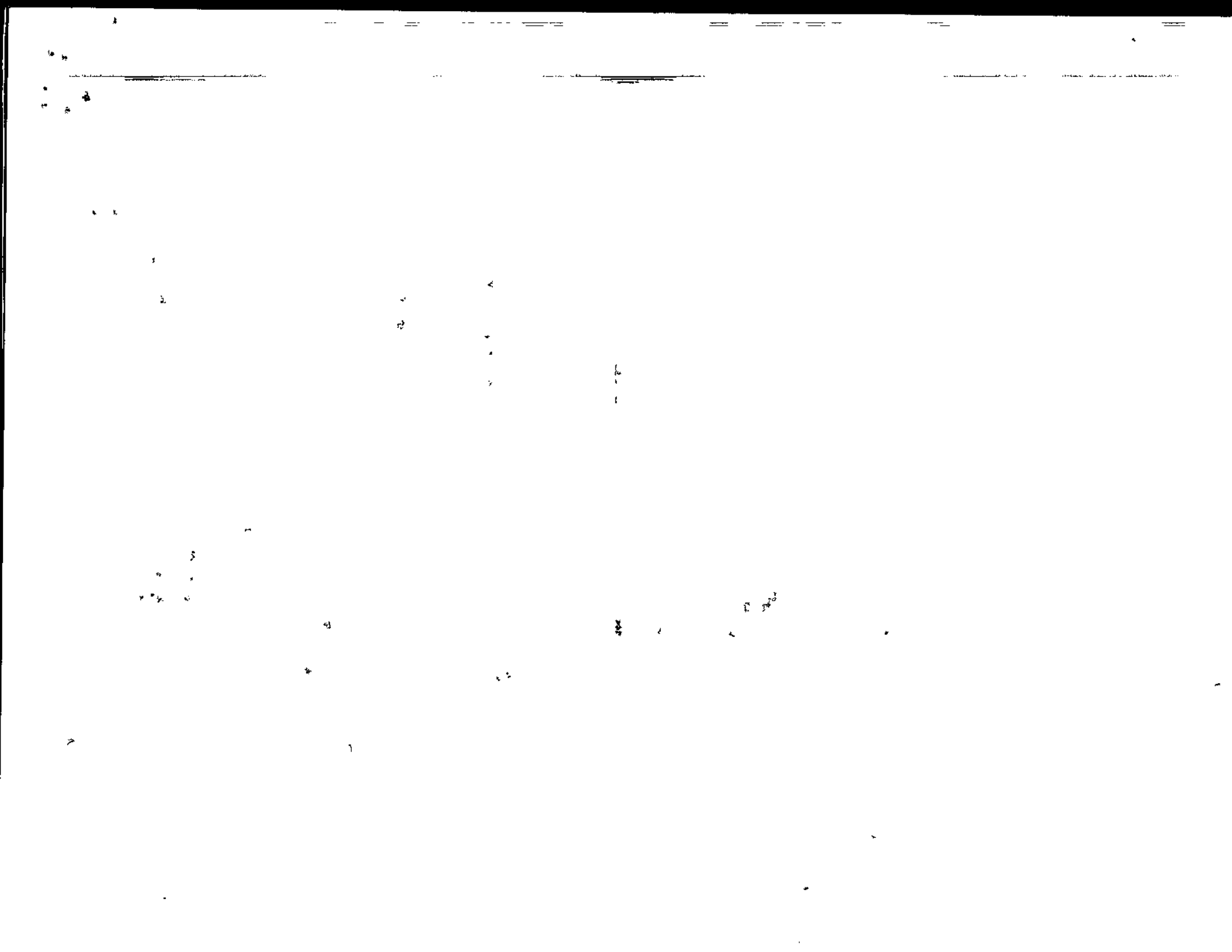
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de acuerdo para tarjetas a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Empago de Colsanitas), de acuerdo con la autorización otorgada por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos servicios, 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: 03/05/2025 00:20:51
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 12:43:05

CUDE: 0ab0ecc691415a9e8c09abe8f95d8a3098b5b58e9e5c5447705d8f8f8995818d245e5115944e0929777a80ca1a947560e1d1

Factura impresa por Cenval Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.094.928 - Proyecto Tecnológico Cenval Text-Aspa y Zebra en SAS 980 - Nombre 64 NW - OENtrasero - NIT 860.021.131-0



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 134	MICROCHIP: SI Núm 900255002182371	FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: lion			COLOR: Pardo / blanco
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA criollo	EDAD 1 año	PESO: 4.5 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Lizeth Jeralbyn Traslaviña Noy	cll 109 sur #5-87	3103690001
CEDULA: 1033.702.483.	CORREO ELECTRÓNICO: lizeth1008juana@gmail.com	
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:
N/R.	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: 07 noviembre 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: 145 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 c/m	TEMPERATURA: 38.4 °c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: —				

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.5 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.25 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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:
	1033102483

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:

03

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.033.702.483



Apellidos
TRASLAVIÑA NOY

Nombres
LIZETH JERALDYN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.62

Sexo
F

Fecha de nacimiento
26 OCT 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
12 NOV 2024, BOGOTA D.C

Fecha de expiración
12 NOV 2034

Firma

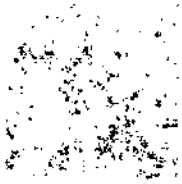
JCD

058787197

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL058787197415001<<<<<<<<<<
0610261F3411126COL1033702483<2
TRASLAVINA<NOY<<LIZETH<JERALDY





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

10629222
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17173503917
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 07:55:18	ABR/22/2025 16:11:36

¡Hola!

Factura a nombre de
LEONARDO NOY

Dirección del predio
CL 109 SUR 5 87
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.

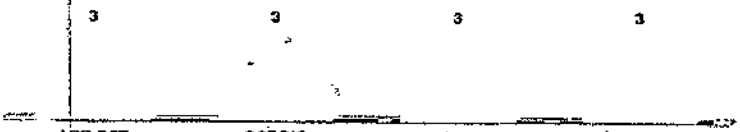
En este periodo **consumiste la misma cantidad de agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 116 Acueducto

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

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 3



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

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
3.000	49

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período883	Facturado con Consumo Normal
Lectura anterior880	Base promedio
Tu consumo este período3	Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca ITRON DE ACTARIS	Tipo VELO015T2
Serie A10S055752	Diámetro pulgadas ½

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Ducharte en 3 minutos para reducir tú 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
$8.689,54 *		$6.010,71		$3.170-
1		2		3 4 5 6

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

Escanea y paga virtual

Conoce nuestros sitios de pago virtuales o presenciales al final de la página

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

= Total a pagar $11.531

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 88f664a5e0c8250e97da6e4c37fc6f8231345ec0f0b8344e97b6a6e0f92f1660ad6e4f5e0e2f522e0e0d7d4f7e8

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-) %	Aporte (+) o Subsidio (-) Valor	Tarifa* **	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2.00	$9.200,88	-70	$12.881-	$2.707,76	$5.920,72
Consumo residencial básico (m³)	3.00	$3.920,94	-70	$7.294-	$1.068,29	$3.196,72
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$20.175-		$9.096,34

2 Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-) %	Aporte (+) o Subsidio (-) Valor	Tarifa* **	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2.00	$4.376,36	-70	$6.123-	$1.312,01	$2.623,72
Consumo residencial básico (m³)	3.00	$3.763,33	-70	$7.903-	$1.129,00	$3.386,99
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$14.026-		$6.010,71

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

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico, y superior a básico, hay un tope.

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$4,00	$20,00
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$6,00	$47,01
Total por consumo facturado	$26	$79

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

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$1-
Cobro mín. vital total	$3.169-
Subtotal	3.170-

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

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

La EAAB ESP sólo tiene convenios con las siguientes formas: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Bancolombia, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Citi.

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar

$11.531

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

(415)7707200485271(8020)171735039174(3900)000000011531

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: 135	MICROCHIP: 900255002182560	FECHA: 08-05-2025

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sonic			COLOR: Naranja	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Criollo	EDAD: 8 meses	PESO: 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: Carmen Rosa rodriguez serrato	DIRECCION: Kr 7b este 85A sur 35	TELEFONO: 3008584801
CEDULA: 39.765.343	CORREO ELECTRÓNICO: enanamanolala@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Alfonso lopez	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

4. EXAMEN 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: 148 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °C	TLLC: 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSÍS/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.)	0.1 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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:
	1.39[illegible]6.534

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

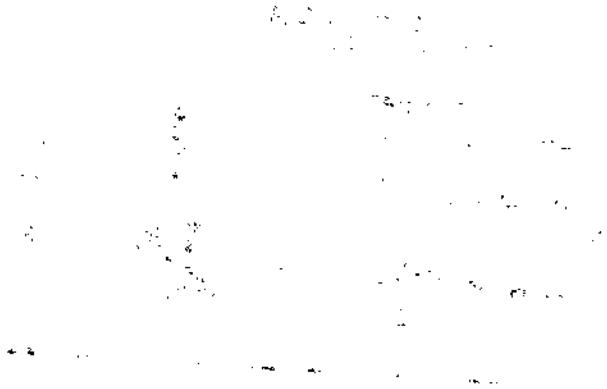
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

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

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 39.765.343
RODRIGUEZ SERRATO
APELLIDOS
CARMEN ROSA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 16-JUN-1966
LA PALMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
28-FEB-1985 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
A-1500150-01167254-F-0039765343-20201002
0071942514A 1
9913273762





tu factura de manera digital

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



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

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

grupovanti.com

Agenda tu revisión escaneando el QR

Aplica para usuarios residenciales con medición de consumo de gas natural activos en el Territorio Nacional a cargo de las empresas de servicios públicos que conforman el Grupo Vanti. Financiación por medio de tarjetas de crédito seleccionadas hasta por 24 cuotas sin interés. Consulta términos y condiciones en grupovanti.com

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar tus facturas de gas o varios cupones canjeados en tiras cada trimestre

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban, Baloto, Servi Efecty, BBVA, Bancolombia, Banco Popular, Banco Pichincha, Nequi, dale!

*Permite adicionalmente inscripción 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 consulta 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.

CERTIFICADO SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830065.612-6 70082307/2024

¡Hola!

CARMEN ROSA RODRIGUEZ
KR 7B ESTE 85A SUR 35 - ALFONSO LOPEZ
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057101-12856

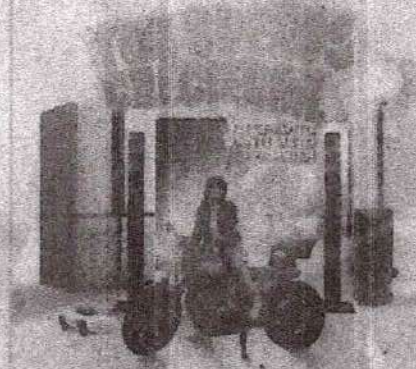
Lote: P08GN Ruta: 0011640262460005000 Código del Sector: 111

Cuenta o referencia de pago 61988263

vanti listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti listo



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

Y un extracupo de hasta $2.000.000*

*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 oferta con beneficio del servicio de financiación no bancaria ofrecida por el Grupo Vanti. Aplican condiciones establecidas en la política de financiación consultada en grupovanti.com/terminos.

Comuníquate 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 4753

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.

72

Cuenta o referencia de pago **61988263**

vanti

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA (C)	Subtotal B=(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 N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

2 – Total **$0,00**

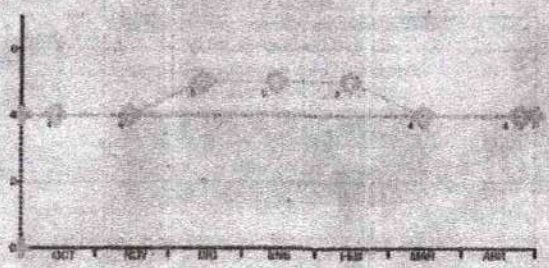
3 – Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$6.140,0**

Pague por

Escanee el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Con Uno — Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
11 Mar. 2025	3000	REAL
09 Abr. 2025	3005	REAL

m³ consumo = 3005 - 3000 * Factor de corrección = 4

Tu próxima factura será Entre 07 y el 12 de Mayo

Novedades de tu factura

Cuota $ 2442.86

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $71.080

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Dic. 2029

La revisión de instalaciones internas de la responsabilidad y cuidado exclusivo de los usuarios, establecidas en la Resolución CREG 067 de 2012 y 4128 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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1892.63	Tm: 573.01	Dm: 621.53	Cm: 0.0
Pr: 85.71	Cvm: 0.0	Cdem: 0.0	Cdmm: 0.0
Cmr: 0.0	Fpcm: 42.475	DMUR: 0.0	DMURm: 0.0

Mpio: Tu consumo en m³ de gas equivale a: 47

m³/kWh y el precio unitario del kWh es: $129.018

Factor de conversión

Vm: 5	Pb: 0.76727	Pf: 1.00487	Ft: 0.77101
Vc: 4	Tm: 14.19	Tb: 15.56	Pb: 1.01868
Pa: 0.782	Pwv: 0.023	F pvc: 1.0	

Factor de corrección: 0.77101

Indicadores de calidad

INST: 100.0 DES: 0.0 C: 100.0 PR: 100.0



(415)7709998028025(8020)61988263(3900)0000000008140

Sujeto a control y vigilancia por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. NUR 8-1103035 © VANTI S.A. E.S.P. Todos los derechos reservados. Art 189 Ley 142 de 1994

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 736	MICROCHIP: SI / NO. 900255002182562	FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Aegon		COLOR: Pardo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA criollo / EDAD 1 año	PESO: 3.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO:___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Rafael Enrique Cayer Montaña	DIRECCION Kr 8C 75B Sur 45	TELEFONO 3022631823
CEDULA: 1.022 957 993.	CORREO ELECTRÓNICO: rafacayer@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Santa librada	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: bachiller / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/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: 11/11/2024

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 PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA: 147 l/m	F. RESPIRATORIA: 23 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

EASE 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanese 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:
DiroCAVERM	40129 52993

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

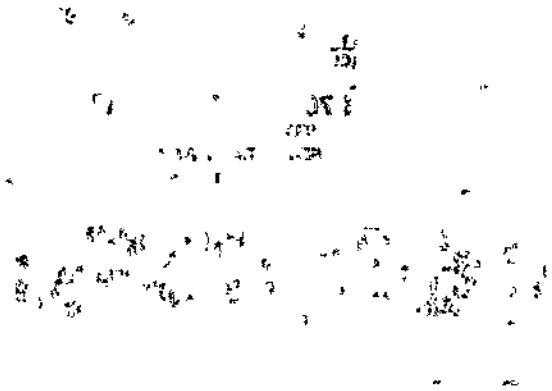
DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

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

84


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.022.957.993
CAYER MONTAÑA
APELLIDOS
RAFAEL ENRIQUE
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 22-FEB-1990
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-FEB-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDRA VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
A-1500150-01118484-M-1022957993-20191210 0069228677A 1 9911082029



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: T4 RUTA:T44728A **BIMESTRAL**

10353838	13815863710
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado ENE/29/2025 MAR/28/2025

Pago oportuno MAY/02/2025 Suspensión MAY/07/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/24/2025	ABR/16/2025 06:53:40	ABR/16/2025 11:19:06

¡Hola!

Factura a nombre de
JULIO CAYER

Dirección del predio
KR 8C 75B SUR 45

Barrio: SANTA **Localidad:** USME

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

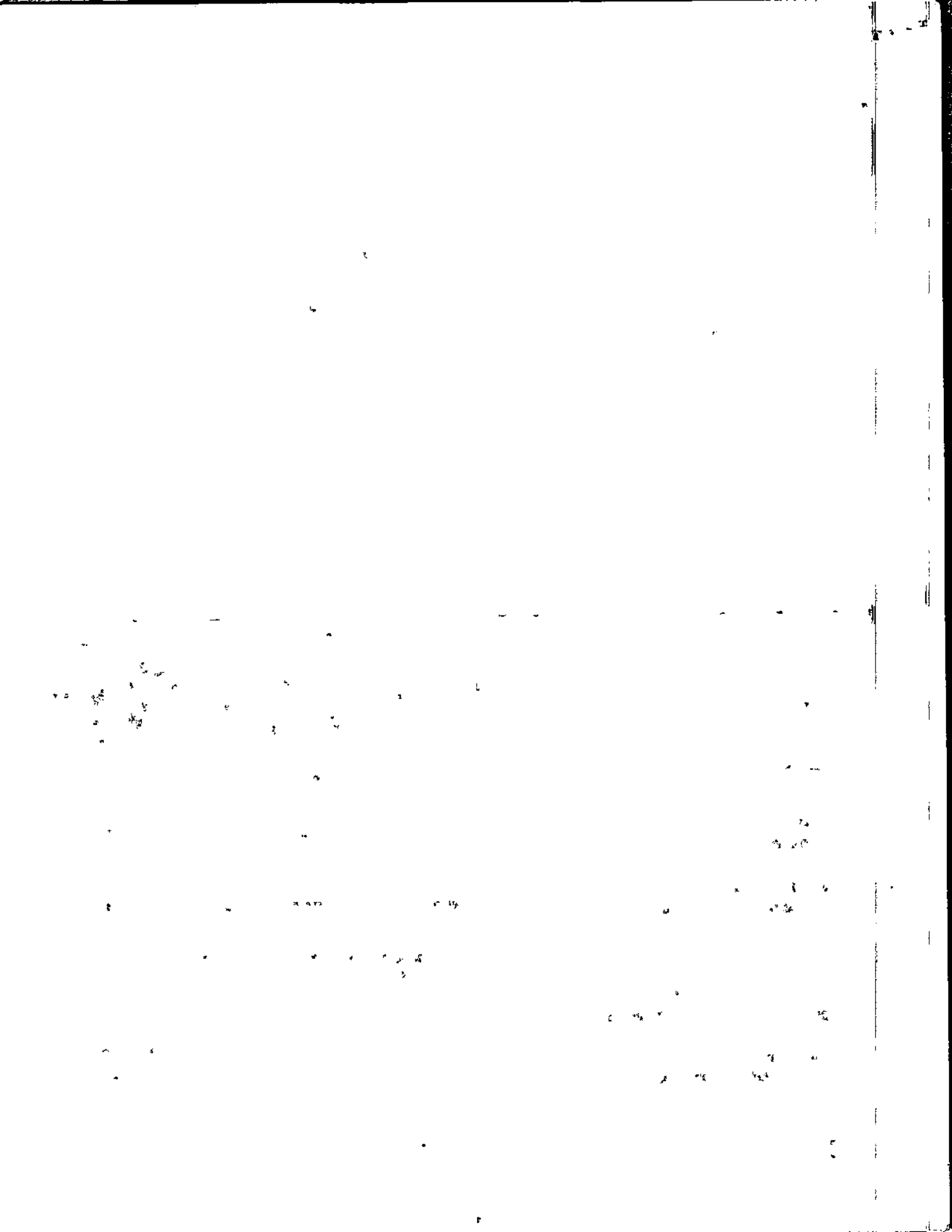
Clase de uso:	**Residencial**
Estrato:	**2**
Unidades Habitacionales:	**1**
Unidades No Habitacionales:	**0**

¡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.



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: 137 | MICROCHIP: SI Número de Microch: 900255002182712 | HA: 8-05-25

ORIGEN: CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Molly | COLOR: Blanco - Gris

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: mestizo | EDAD: 2 años | PESO: 4.3 KG | MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Fabian Alberto Baena Villalobos | DIRECCION: cll 108 A Sur # 58.06 | TELEFONO: 3224508799

CEDULA: 1.022.944.625 | CORREO ELECTRÓNICO: 3224508799@sincorreo.

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: NA | 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 12-12-24

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 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 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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:
Edwar Bravo H.	1072946625

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:	Nro. de 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:

17

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.944.625
BAENA VILLALOBOS
APELLIDOS
FABIAN ALBERTO
NOMBRES

FABIAN BAENA V.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-1988
PALOCABILDO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

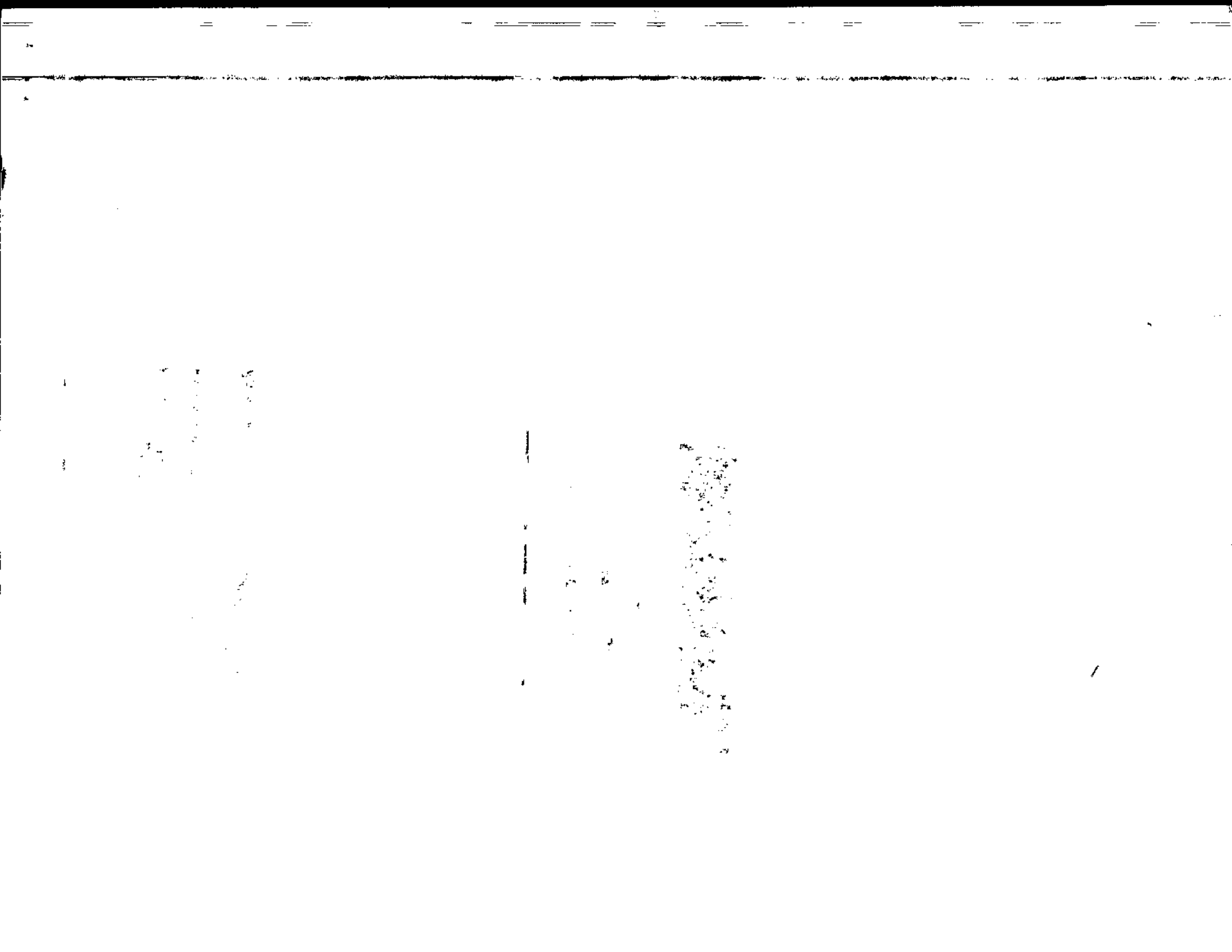
1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

13-SEP-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00022803-M-1022944625-20080713 0000999564A 1 1310022652



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: **1862491-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347506970-4

17

CLIENTE

CLAUDIA MILENA PARRA MARTINEZ
CL 108 A SUR NO 5 B 06
BOGOTA, D.C. - VILLA ISRAEL

02 022 5018 / 018-25012933

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

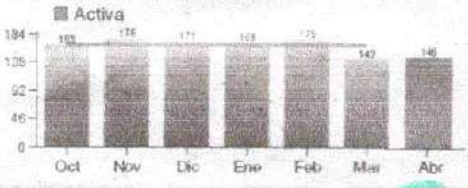
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, informamos que hemos actualizado nuestros canales de atención para consultas y reclamos sobre el tratamiento de tus datos personales.

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

También puedes seguir comunicándote a través de Elena WhatsApp 3164906003, línea de servicio 6015 115 115 o la línea gratuita nacional 018000 812 115

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

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: - $843,71

CONSUMO DIARIO: 5,03 kWh

VALOR DIARIO: $2.140

PERÍODO FACTURADO: 27 FEB/2025 A 27 MAR/2025 | **DÍAS FACTURADOS:** 29 | **CONSUMO MES** 146 kWh

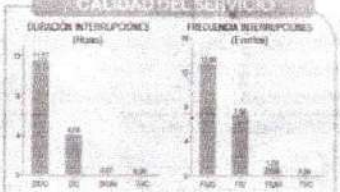
¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020225018
RUTA LECTURA:	10020221055
MANZANA DE LECTURA:	MS00259457
MEDIDOR NO:	018-25012933
MEDIDOR NO:	018-25012933

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

Trámites y solicitudes
Chat de servicio en línea
326 6660 6003 (Elena bot o pasa Asesor)
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 51 40066 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, Cobro Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: daviplata, MOVII, NEQUI, Ualapa

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Red Multiservicios, Reval, MOVIRED, Multired, Efecty

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 datáfono. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

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

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: **Vigencia: FEB/2025**
G: $361,75 T: $49,86 D: $272,96 CV: $76,36 PR: $69,00 R: $12,00 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UM09-3061709- - 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 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 antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución 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 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. Emitido vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 02/04/2025 02:34:35
FECHA EXPEDICIÓN: 02/04/2025 17:54:20

CUDE: 1795fefeebb130b6d3bcc228aa961baaf46ba1494c8a9c76ceab2bc211a0242467e66b3563f91c7f4843677803ac6a40a4

Proyector Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturas - NIT 900.921.151 0

Factura Impresa por Carvajal Soluciones - Validación SAS NIT 800.090.312-

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: 138	MICROCI: 900255002404252	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: NIÑO				COLOR: Negro/Blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA: MESTIZO	EDAD: 9 MES	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: Leydi Camila Puerta Ros	DIRECCION: Cl 106 A Sur Sc 10	TELEFONO: 3213487729	
CEDULA: 1022923657	CORREO ELECTRÓNICO: 3213487729 camila@gmail.com		
BARRIO O VEREDA: Antonio José de Sucre	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Bachillato / 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/A	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
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa NOV/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 FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 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	0.4 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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 Camila Rocha Rios	1012923603

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:

AS



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.022.923.657
PUERTA RIOS

APELLIDOS
LEYDI CAMILA

NOMBRES
Leidy Puerta Rios

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-ENE-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

29-ENE-2021 ACACIAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-5200500-01217161-F-1022923657-20210222 0073515696A 1 8501412564

enel | Bogotá

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

0929075-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347475658-4

CLIENTE

HERIBERTO MENESES BENAVIDES
CL 106 A SUR NO 5 C 10
BOGOTA, D.C. - ANTONIO JOSA. DE SUCRE

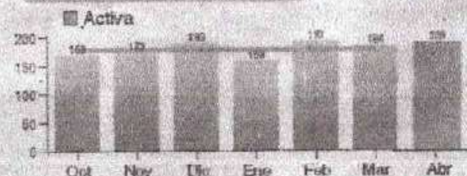
02 001 4895 / 018-25012865

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

Nuevo canal / Formulario online

www.enel.com.co

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $943,71

CONSUMO DIARIO: 6,52 kWh

VALOR DIARIO: $2.391

PERÍODO FACTURADO: 27 FEB/2025 A 27 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 189 kWh

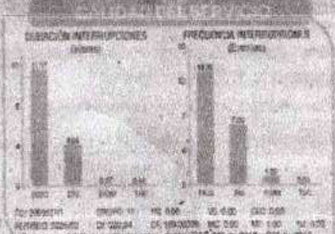
LECTURA DE TU MEDIDOR / CONSUMO

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA KW:	2.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020014895
RUTA LECTURA:	10020010693
MANZANA DE LECTURA:	M500267130
MEDIDOR NO:	018-25012865
MEDIDOR NO:	018-25012865

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

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

App Enel Clientes Colombia

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

RED CADE

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025
G: $361,70 T: $46,86 D: $272,88 CV: $78,36 PR: $98,52 R: $12,80 CF: $0,00 / $943,71 Costo kWh Mes

FECHA GENERACIÓN: 02/04/2025 02:30:00
FECHA EXPEDICIÓN: 02/04/2025 17:39:11

CUDE: [illegible]

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 139	MICROC 900255002404259	FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Gojo			COLOR: Beige	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 8 Mes	PESO: 4.7 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR X CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO ___ OTRO ___		

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Elizabeth Del Carmen Gonzalez Casadiegos	DIRECCION: Kr 1 A 98C Sur 35		TELEFONO: 3222550366
CEDULA: 1022993218	CORREO ELECTRÓNICO: ecgc19@hotmail.com		
BARRIO O VEREDA: La Esperanza de Usme	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Profesional 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:
NO Aplica	Feb/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 Feb/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: 149 l/m	F. RESPIRATORIA: r/m	TEMPERATURA: 38.3 °C	TLC: 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.5 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.25 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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:
Elizabeth Gonzalez	1022993218

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 **1.022.993.218**

GONZALEZ CASADIEGOS

APELLIDOS

ELIZABETH DEL CARMEN

NOMBRES

FIRMA



22



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-ENE-1994**

ARAUCA
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | **O-** G.S. RH | **F** SEXO

08-FEB-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00848728-F-1022993218-20160914 **0051**0992**6**9A 1 1984049017

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. 347863357-7

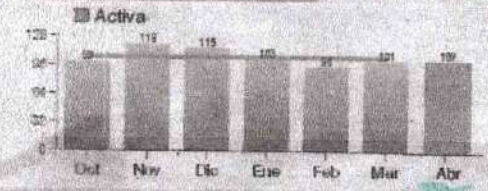
KENNEDY ROJAS SANCHEZ
KR 1 A NO 98 C SUR 35
BOGOTA, D.C. - LA ESPERANZA DE USME

02 003 4284 / 065-1021906

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

Nuevo canal / Formulario online:

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $843,71
CONSUMO DIARIO: 3,52 kWh
VALOR DIARIO: $1.314

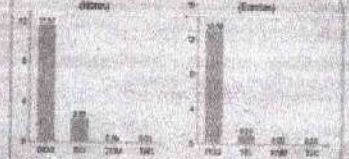
PERIODO FACTURADO: 27 FEB/2025 A 27 MAR/2025
DÍAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES 102 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100002000342B4
RUTA LECTURA:	100026030284
MANZANA DE LECTURA:	MS00261564
MEDIDOR RC:	065-1021906
MEDIDOR MO:	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

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 6 115 115
115 Gratuito
Línea de servicio al cliente 116

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
Billetera Virtual
Corresponsales Bancarios
Red Dilatada
Centros de Servicio
Código QR
Asesores de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. — TV 4 No. 69A-05
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 6 B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 123 # 54 38/40 Local 123-12

Línea de servicio al cliente 116

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025
G: $262,30 T: $49,86 D: $272,60 CV: $70,35 PR: $59,09 R: $12,60 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: CIRCUITO - NIVEL DE TENSIÓN PROPIEDAD: Enel
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por ord. Suelos sobrecontribuciones según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1999.

Vence 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, línea de Bogotá al 01 8060 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0060 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 038/11 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 Terceros Lectores. Para conocer mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, línea de Bogotá al 01 8060 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 (dentro del marco de la prestación del servicio público domiciliario de energía eléctrica). Entregar la factura 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 servicios, 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 02:32:00
FECHA EXPEDICIÓN 02/04/2025 17:35:17

CUDE: 4f1cd484b3c5bb3ea0f6c7a4e9a4a5c7370f0b4b1f0d0d21982d447e8f060a8b3001c7fcfa4e0bb8e67f51ba01c6d4283009f2d7ec8a

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 140	MICROCHIP: SI / NO 900255002182728		FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Retter				COLOR: beige gris	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA criollo	EDAD 3 años	PESO: 3.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Monica Andrea Campos Pedraza	DIRECCION cll 108 bis sur #4-78		TELEFONO 3138183775
CEDULA: 1032 399.347	CORREO ELECTRÓNICO: mcamporeal2a@gmail.com		
BARRIO O VEREDA Antonio José Sucre	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Tecnologo	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 Noviembre 2024	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 05/05/2025

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: 141 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 r/m	TEMPERATURA: 38,2 °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 específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su X ACEPTACION ___ X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Laura Abaunza TP.22926	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA	

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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 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:
Monica Combos	1032394317

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
1.032.399.317

APELLIDOS
CAMPOS PEDRAZA

NOMBRES
MONICA ANDREA

Monica Andrea Campos

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-OCT-1987**
SAN JUAN DE RIOSECO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

10-NOV-2005 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-1500113-45143885-F-1032399317-20071015 0055807292L 02 202871841

enel Bogotá

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

2251456-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 344065116-2

CONTRATO

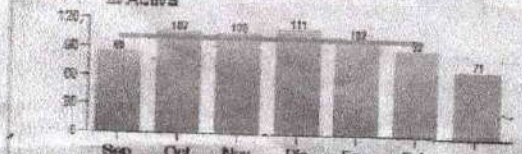
NORBERTO MORENO ESPEJO
CL 108 B SUR NO 4 76
ANTONIO S DE SUCRE USME
BOGOTA, D.C. - ANTONIO JOSA. DE SUCRE

02 022 3592 / 074-46438

EL PRESTAMO DE LA CIUDAD
¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000
Crédito Fácil CODENSA

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $639.92
CONSUMO DIARIO: 2,45 kWh
VALOR DIARIO: $909

PERIODO FACTURADO: 29 ENE/2025 A 28 FEB/2025
DIAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES: 71 kWh

Ahora puedes reportar el estado y la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía en cualquiera de estos puntos de la factura

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	0,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000202023592
RUTA LECTURA:	10020020126
MANZANA DE LECTURA:	MS0025718
MEDIDOR NO:	074-46438
MEDIDOR NO:	074-46438

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Cuentas)

USO RACIONAL DE LA ENERGÍA

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

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas.

601.5146005

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

CANALES PARA PAGAR TU FACTURA

Sistema virtuales de Pago

Sistema Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Física

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

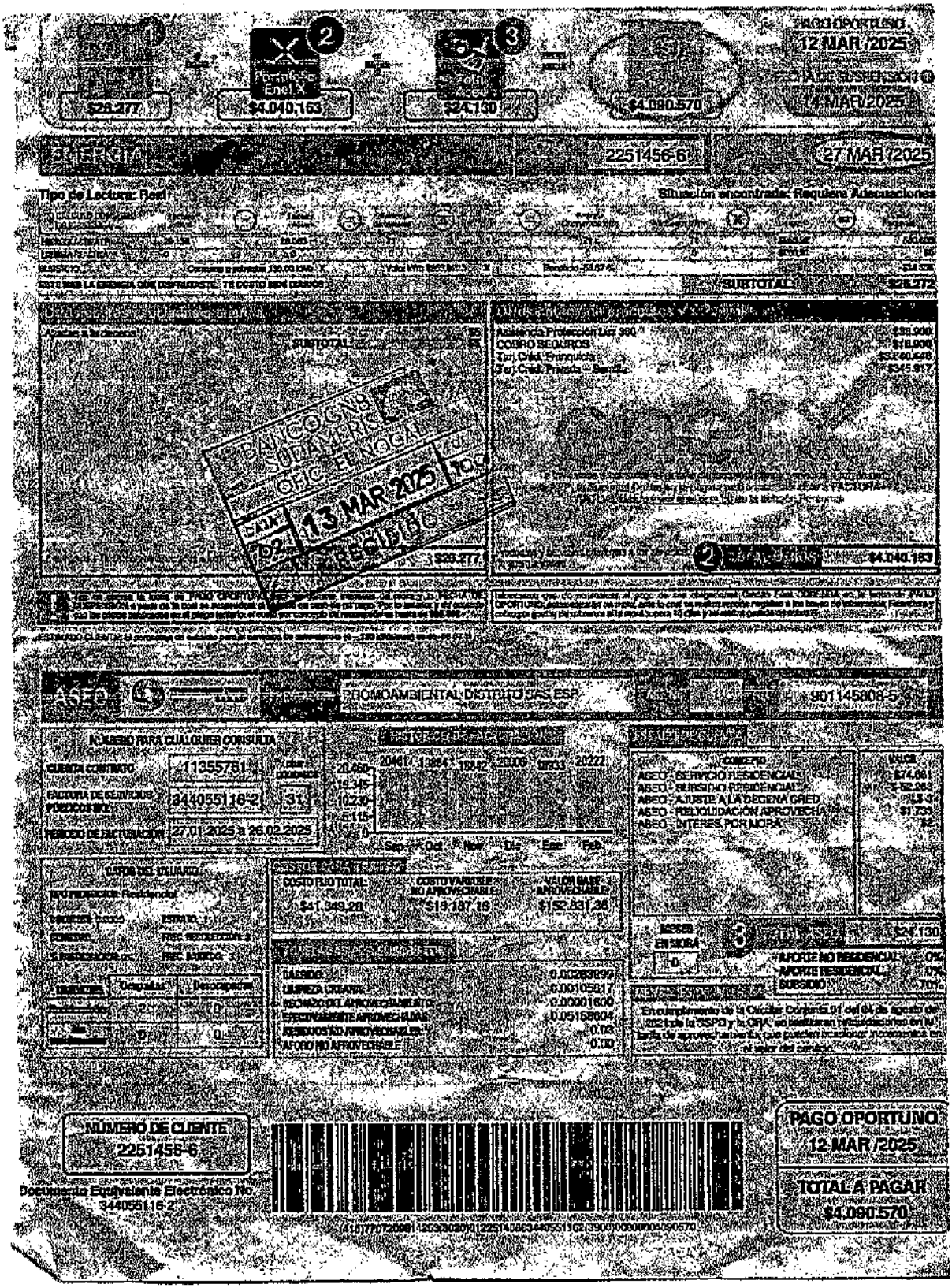
PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A 25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54 35/45 Local 123 124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ENE 2025

FECHA GENERACIÓN: 03/03/2025 00:37:27
FECHA EXPEDICIÓN: 03/03/2025 16:03:10

CUDE: de1 49b5b503c99d6a49d9f93a84a78fa8f0f025a8f56f11adf6d10b41a84ec41da67b4982a94a5029da0ca0273f65a89



1 $26.277
Consumo de Energía Eléctrica
2 $4.040.163
3 $24.130
$4.090.570
PAGO OPORTUNO
12 MAR /2025
FECHA DE SUSPENSIÓN
14 MAR/2025
2251456-6
27 MAR /2025
Tipo de Lectura: Real
Situación encontrada: Requiere Adecuaciones
SUBTOTAL
$26.272
BANCO GNB SUDAMERIS S.A.
OFICINA LOCAL
CAJA
13 MAR 2025
RECIBIDO
$26.277
$4.040.163
ASEO
PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP
901145808-5
NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA
CUENTA CONTRATO
1135576
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.
344055116-2
PERIODO DE FACTURACIÓN
27.01.2025 a 26.02.2025
CLASE DE USUARIO
3
CONCEPTO
VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL
$74.061
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL
$-52.263
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED.
$-3
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA
$1.733
ASEO - INTERES POR MORA
$2
$24.130
APORTE NO RESIDENCIAL
0%
APORTE RESIDENCIAL
70%
SUBSIDIO
70%
En cumplimiento de la Circular Conjunta 01 del 04 de agosto de 2021 de la SSPD y la CRA, se realizaron actualizaciones en la tarifa de aprovechamiento que pueden ocasionar incrementos en el valor del servicio.
NÚMERO DE CLIENTE
2251456-6
Documento Equivalente Electrónico No.
344055116-2
PAGO OPORTUNO
12 MAR /2025
TOTAL A PAGAR
$4.090.570

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: 141	MICROCHIP: 900255002182313	FECHA: 08-05-2025

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Felix				COLOR: blanco / negro	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA criollo	EDAD 10 meses	PESO: 3.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Carolina Sanchez	DIRECCION cll 108 B-Sur # 11-34	TELEFONO 3123600926	
CEDULA: 1068.929.056	CORREO ELECTRÓNICO: carolinasanchez0808@gmail.com		
BARRIO O VEREDA usminia	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Tecnico	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	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 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: 147 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °c	TLLC: 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACIÓN

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/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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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:
Carlos M González	1063917905

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 **1.068.929.056**

Apellidos
SANCHEZ

Nombres
DIANA CAROLINA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.52	F

Fecha de nacimiento
08 AGO 1994

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
ANOLAIMA (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
06 SEPT 2012, ANOLAIMA

Firma
Diana C Sanchez

Fecha de expiración
23 SEPT 2031

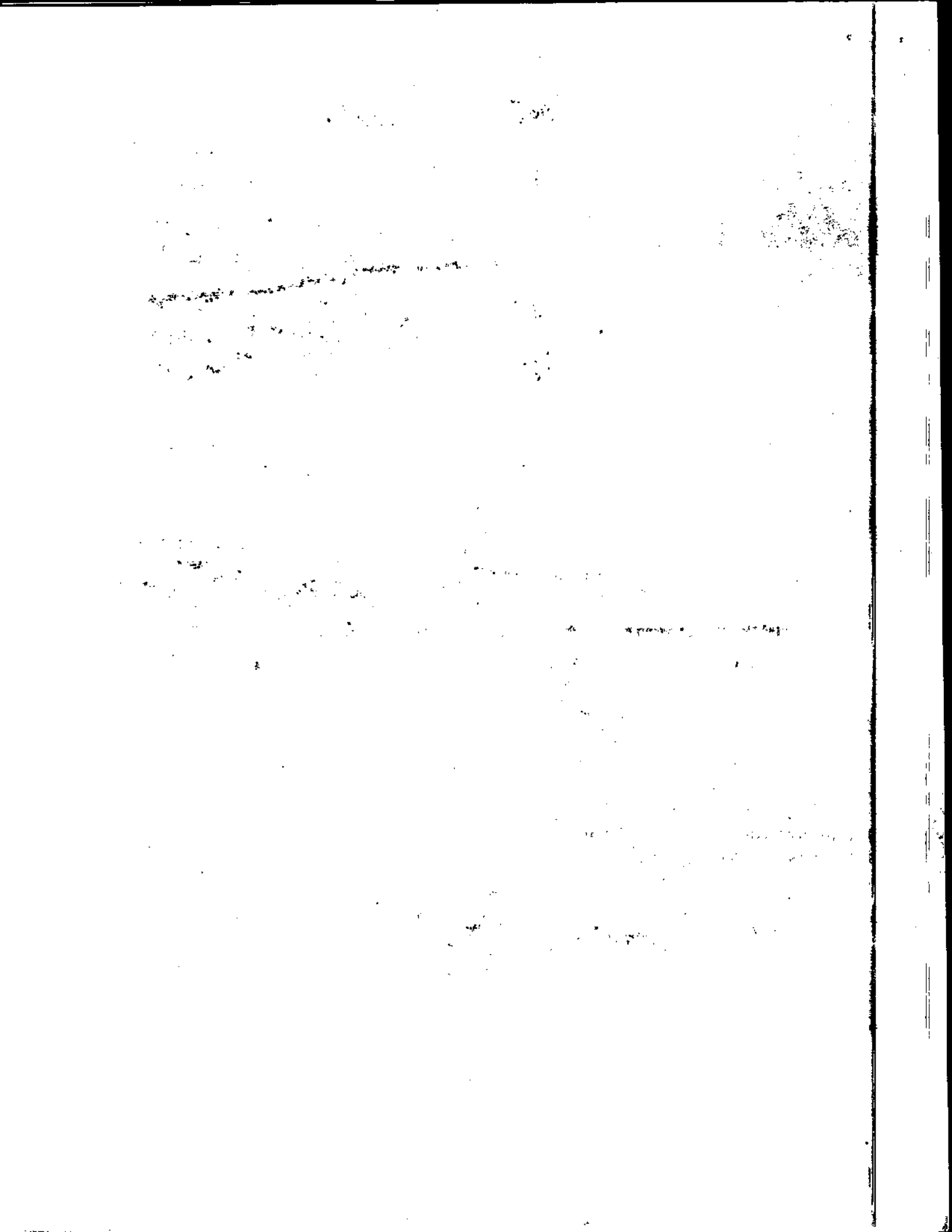
.CO

000965378

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL000965378615013<<<<<<<<<<
9408089F3109236COL10689290 56<6
SANCHEZ<<DIANA<CAROLINA<<<<<<<

69



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 su número de cliente es: **0929005-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351191399-3

CLIENTE

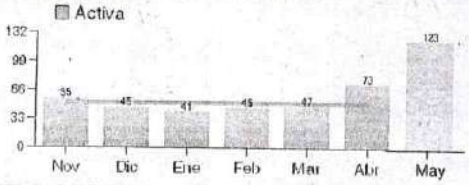
MARIA JUDITH NOSSA RIVERA
CL 108 B SUR NO 11 34 PI 1
BOGOTA, D.C. - USMINIA

02 020 5081 / 018-25012214

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $858,43

CONSUMO DIARIO: 3,84 kWh

VALOR DIARIO: $1.452

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 91 kWh

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 123 kWh

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

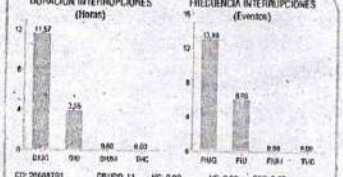
¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil COOENSA escaneando el QR.

Marcas registradas 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.creditofacilcoopensa.com.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020205081
RUTA LECTURA:	10020200139
MANZANA DE LECTURA:	MS00253850
MEDIDOR NO:	018-25012214
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 20668781 GRUPO: 11 HC: 0,00 HC: 0,00 GIC: 0,00
PERIODO: 2025/03 DI: 220,94 CF: 47,00000 MG: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

Peticiones y solicitudes: enel.com.co/es/personas/indicaciones
Chat de servicio en: enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
318 890 6003 (Elena Bot o pasa 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, 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, MOMED, Supergiros, efecty

Red Distrital | **Centros de Servicio:** RED CADE, enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datafono. 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 # 54-35/40 Local 123-124

Linea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: MAR/2025
G: $338,40 T: $56,28 D: $293,36 CV: $78,75 PR: $57,89 R: $23,76 CF: $0,00 / $858,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UI02-20668781 - NIVEL DE TENSIÓN: 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 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 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. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 03/05/2025 00:14:35
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 14:35:09

CUDE: bf925f4a9ce2fb05700dc5d5ddbb665e8941727d421ea53eb05a1fbe0f199e6377876f4a4f4e88fbfbd7d0cc8f6eb62ab6

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.054.830-7 Versión

Proveedor Tecnológico: Carvajal Te

Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

69

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: 142	MICROCHIP: SI: / No: 900255002182566	FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Jefe		COLOR: Negro
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Criollo EDAD: 5 años	PESO: 3.9 KG MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Miryam Albarracin	DIRECCION: cll 114B Sur 9C-06	TELEFONO: 3208589823
CEDULA: 39.722.390	CORREO ELECTRÓNICO: 3208589823@sincorreo	
BARRIO O VEREDA: Villa Anita	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	

3. ANAMNESIS

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/A.	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: Noviembre 2024	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

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

FELINOS:
TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa Octubre 2024

4. EXAMEN CLINICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: NINGUNO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 143 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °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 específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomia/orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su X ACEPTACION ___ RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Laura Abaunza TP.22928	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:
	39 [illegible] 390

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 **39.722.390**

ALBARRACIN

APELLIDOS

LUZ MIRYAN

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-MAY-1968**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-SEP-1986 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00195961-F-0039722390-20091111 0017930947A 2 1330001795

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT 899.069.094 - 1

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:4 CICLO: I4 RUTA:144321U

BIMESTRAL

12461360
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

43394683718
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de

EDISON AVILES

Dirección del predio

CL 114B SUR 9C 06

Barrio: **VILLA ANITA** Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Período facturado	FEB/26/2025	ABR/25/2025
Pago oportuno	Inmediato	Suspensión Inmediato
Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUL/02/2025	ABR/29/2025 04:22:30	ABR/29/2025 06:57:23

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.

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.

cadena

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 0

22

ÚLTIMO CONSUMO

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período 22.000

Promedio al día 373

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo0
Lectura anterior0
Tu consumo este periodo22

Facturado con
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca
Serie

Tipo
Diámetro pulgadas

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
$23.553,62
1

+

Alcantarillado
$25.169,42
2

+

Otros cobros
$22.900
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 y presenciales, en la última página

= Total a pagar $71.624

Total ingresos del convenio

Pagaré a favor de EAAB ESP, exigible a la orden el [illegible]

CUDE: [illegible] Código Única de Documento Electrónico Factura: [illegible]

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	x	Valor unitario	=	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total
Cargo fijo residencial (mes)								
Consumo residencial básico (m³)	22,00		$3.888,71		-70	$54.956-	$1.070,62	$23.553,62
Consumo residencial superior básico (m³)								
Cargo fijo no residencial (mes)								
Consumo no residencial (m³)								
Subtotal						$54.956-		$23.553,62

2 Alcantarillado

	Cant.	x	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-) %	Valor	Tarifa	Total
				-70			
	22,00		$3.815,81	-70	$58.730-	$1.144,08	$25.169,42
					$58.730-		$25.169,42

* Corresponde a consumos de hasta ** [illegible] metros cúbicos (22 m³ bimestrales). ** (-) Aporte solidario para estratos 5, 6, comercial e industrial. (+) Subsidio se aplica para estratos 1, 2 y 3.
*** La tarifa se determina multiplicando el Valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si en la columna subsidio, se descuenta un %, el hay un aporte, agrega un %.

Tasas ambientales.

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior básico ([illegible])

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$0,58	$26,29
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$87,97
Total por consumo facturado	$168	$561

[illegible]

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Cobro de [illegible]	$4-
[illegible]	$12.047-
[illegible]	$270
Subtotal	$12.501-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Deuda anterior	$35.481
Subtotal	$35.481

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago puntored

Red CADE Consulta ubicación de otros puntos de atención en: www.bogota.gov.co/cadebogota

La EAAB ESP sólo tiene convenios con las siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Bancolombia, AV Villas, Bogotá, Sucursal y City

Acueducto y Alcantarillado
Valor a cupar

$71.624

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor cajero: Si en el desprendible de ese paquete solo y sticker de reclamación, recibirá solo Acueducto. **(Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).**

(415)7707200485271(8020)433948837188(3900)000000071624

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 143	MICROCHIP: S / NI 900255002182556		FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zak				COLOR: beige / marron	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Siames	EDAD 1 año	PESO: 3.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO V			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: Luz Miryam Albarracin	DIRECCION cll 114 85d 9c-06	TELEFONO 3208589823	
CEDULA: 39.722 390	CORREO ELECTRÓNICO: 3208589823@Sin correo		
BARRIO O VEREDA villa Anita	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		
NS/NR:			

3. ANAMNESIS

buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A.	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa noviembre 2024	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa	
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa noviembre 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: 145 l/m	F. RESPIRATORIA: 23 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °C	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosadas	
OBSERVACIONES: —					

7. MEDICACION

BASE 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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:
JAZMIN TATIANA VELANDIA	39-72-390

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 **39.722.390**

ALBARRACIN

APELLIDOS

LUZ MIRYAN

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **07-MAY-1968**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-SEP-1986 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00195961-F-0039722390-20091111 0017930947A 2 1330001795

Para el reparto ZONA:4 CICLO: I4 RUTA144321U

BIMESTRAL

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

Natasha Avendaño Garcia
Representante Legal

12461360
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

43394683718
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de

EDISON AVILES

Dirección del predio

CL 114B SUR 9C 06

Barrio: **VILLA ANITA** Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Período facturado	FEB/26/2025	ABR/25/2025
Pago oportuno	Inmediato	Suspensión Inmediato

Fecha tentativa próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUL/02/2025	ABR/29/2025 04:22:30	ABR/29/2025 06:57:23

¡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

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.

cadena.

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 0

22

ÚLTIMO CONSUMO

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período 22.000

Promedio al día 373

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo0
Lectura anterior0
Tu consumo este periodo22

Facturado con
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca
Serie

Tipo
Diámetro pulgadas

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
$23.553,62
1

+

Alcantarillado
$25.169,42
2

+

Otros cobros
$22.900
3 4 5 6

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

Escanea y paga virtual

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

= Total a pagar $71.624

Detalle de tu consumo este bimestre

	Acueducto Cant.	Valor unitario	Aportes (+) y Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total	2 Alcantarillado Cant.	Valor unitario	Aportes (+) y Subsidio (-)** %	Valor	Total
Cargo fijo residencial (mes)									-70		
Consumo residencial básico (m³)	22,61	$3.808,71	-70	$54.958-	$1.070,52	$23.553,62	22,00	$3.813,81	-70	$58.730-	$1.144,06	$25.169,42
Consumo residencial superior básico (m³)												
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$54.958-		$23.553,62				$58.730-		$25.169,42

* Corresponde al consumo en exceso (22 m³ bimestre es). ** (-) 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 y del consumo. Si no cancela en el bimestre, se cobrarán un 3% al hoy un aporte, agregar un 3%.

Tasas ambientales,
Estos valores ya están incluidos en el consumo facturado (básico y superior a básico, si aplica).

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$0,58	$26,39
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$87,97
Total por consumo facturado	$188	$581

Si tienes alta recurrencia de pago, puedes solicitar el débito automático a tu cuenta de ahorros o corriente. Si no tienes cuenta, puedes solicitar un producto financiero sin costos de manejo. Consulta términos y condiciones en nuestras oficinas o en www.eaab.com.co

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$1-
Saldo a favor total	$12.647-
Intereses de mora	$270
Subtotal	$12.581-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Deuda anterior	$38.481
Subtotal	$38.481

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
	$0
Subtotal	

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieran desplazarse a corresponsales bancarios autorizados: Punto de Pago, puntored

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

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

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$71.624

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

(415)7707200485271(8020)433946837188(3900)000000071624

8469

31566 12527 2/2

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 144	MICROCHIP: Expiry – Date: 2028/11/11 900255002182379	FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tulu			COLOR: Negro Blanco	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 2 Años	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: Hor de Liz Romero		DIRECCION: Cl 108A Sur 5 B 06	TELEFONO: 3118891532
CEDULA: 39801467		CORREO ELECTRÓNICO: 3118891532@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA: villa Israel	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: NS/NR: NIR	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: X
NIR	DIC/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: 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: 38.2°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 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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 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: Flor Romero	Nro de Identificación: 39.801.467

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

15

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.801.467

ROMERO
APELLIDOS

FLOR DE LIZ
NOMBRES

Flor Romero
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 22-FEB-1967
VIOTA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-JUL-1991 USME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

A-1500105-47142592-F-0039801467-20060127 04482 06027A 02 202701833

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: **1862491-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351154164-0

CLIENTE

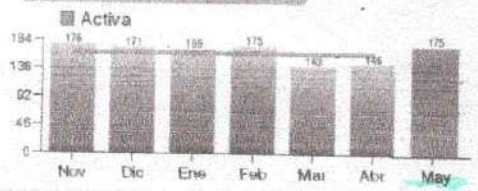
CLAUDIA MILENA PARRA MARTINEZ
CL 108 A SUR NO 5 B 06
BOGOTA, D.C. - VILLA ISRAEL

02 022 5018 / 018-25012933

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $658,43

CONSUMO DIARIO: 5,47 kWh

VALOR DIARIO: $2.742

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 175 kWh

CONSUMO PROMEDIO DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES: NO APLICA

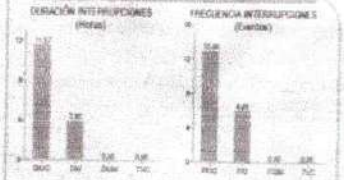
¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!

¡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 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:	10000020225018
RUTA LECTURA:	10020221055
MANZANA DE LECTURA:	MS00259457
MEDIDOR NO:	018-25012933
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar los reportes CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

CONTÁCTANOS

Tarifas 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

EMERGENCIA SERVICIO AL CUENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140095 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, efectivo, El Éxito, Red Multipagos, Supergiros, Movired, Su Red, Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Código QR

Almacenes de Cadena: Jumbo, Olímpica

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datafono. 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 # 54-39/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: **Vigencia: MAR/2025**
G: $338,40 T: $56,29 D: $293,25 CV: $70,75 PR: $67,00 R: $23,79 CF: $0,00 : $850,63 Costo kWh $/kw

GRUPO: 11 CIRCUITO: UM07-CK1 21R1 - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Regimen
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3814 Comercializador de Energía Eléctrica Tarifa 11,24 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 29 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 9661 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 cobró previa 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 (Encargo de Cobranza), de acuerdo con la aprobación impresa 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 00:27:40
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 13:53:10

CUDE: 0f561e43a6077ba51739db8443dd3d87bcb2b472f48f0fe9e0c6d6fe108a8b2b07ed0d22cd9e3929b8f9ad47354a5a33e58

Versión y Servicios SAS BIC - W. CENFinanciera - NIT 900.261.181-0
Proveedor Tecnológico
Factura impresa por Computer Solutions de Comunicación SAS NIT 800.095.842

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: 145 | MICROCHIP: 900255002182373 | FECHA: 08-05-2025

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: max | COLOR: Blanco / Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 6 mes | 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 X ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Faviola Traslaviña Amado | DIRECCION: cl 106 A Sur 5 B 24 | TELEFONO: 3213012905

CEDULA: 52 520 531 | CORREO ELECTRÓNICO: 3213012905@sincorreo.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: N/A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: Feb 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 Feb 25

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 PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA: 146 l/m | F. RESPIRATORIA: 24 r/m | TEMPERATURA: 38.2 °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 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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:
Evelio Teolinda Amado	52 [illegible]30 [illegible]3

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:

04

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.520.531**
TRASLAVIÑA AMADO

APELLIDOS

FAVIOLA

NOMBRES

Faviola Traslaviña Amado

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-SEP-1974**
LA PAZ
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

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

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00128091-F-0052520531-20081115 0006034731A 1 1310027049

04

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860063875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

0928862-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347472091-4

CLIENTE

TRASLAVIA AMADO FAVIOLA
CL 106 A SUR NO 5 B 24
BOGOTA, D.C. - ANTONIO JOSE DE SUCRE

02 001 4889 / 018-25012818

Consulta tu factura aquí. Escríbenos al [illegible]

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 [illegible]

Nuevo canal / Formulario online:

[illegible]

Visítanos en www.enel.com.co

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR KWh FACTURADO: $933,73
CONSUMO DIARIO: 7,55 kWh
VALOR DIARIO: $4.264

PERIODO FACTURADO: 27 FEB/2025 A 27 MAR/2025
DIAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES 219 kWh

LECTURA DE TU MEDIDOR y CONSUMO

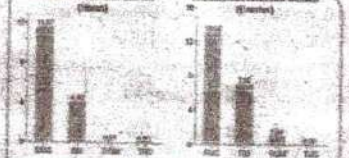
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000020014889
RUTA LECTURA:	1002010887
MANZANA DE LECTURA:	MS00257131
MEDIDOR NO:	018-25012818
MEDIDOR NO:	018-25012818

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



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Celular las 24 horas

601 AMPARO (Nacional)

https://enelcomercial.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enelcom

¿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. 53A-25

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 2S - 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: Periodo: FEB/2025

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica. Tarifa (1,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 22 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 038 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 dichos recursos en la forma establecida para tales efectos. Para mayor información consultable al (601) 5 115 115, línea de Bogotá, al 01 8000 952 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador tipo ref.: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según Resolución No 0285 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suscripción procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa prevista en el artículo 154 de la Ley 142 de 1994 en concordancia con lo dispuesto en el artículo 126 de la misma ley.

Este factura da cobro previo pleno ejercicio de conformidad con el Artículo 130 de la Ley 142 1994

En cumplimiento de la Resolución CREG 015 de 2018, la cual modifica el Código de Medida, Así establecimos obligaciones, prohibiciones y responsabilidades relacionadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y 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, línea de Bogotá, al 01 8000 952 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la Resolución CREG 038 de 2014, le informamos el Código de Medida, Así establecimos obligaciones, prohibiciones y responsabilidades relacionadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y 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, línea de Bogotá, al 01 8000 952 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP prestó el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio, actúa en nombre de la empresa distribuidora Electricaribe de Colombia, de acuerdo con la autorización otorgada por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que presta la empresa con quien tiene el contrato de condiciones uniformes con estos usuarios, 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. 860063875-6. Vigilado y sujeto a la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 02/04/2025 02:30:00
FECHA EXPEDICIÓN: 02/04/2025 13:13:20

CUDE: 3b86f75f95f06e28a7288a9d0033d2ff49518dc63d512cc0e8b69a252203452f46a9a586b051b27041230b642900f6ad12db5

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nuestra Gente ENEL CENTRAL - NIT 800.221.161-9

Factura por Computador Autorizada Mediante Resolución 0143 NIT 800.088.815

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 146	MICROCHIP: SI Número de Mic 900255002406197		FECHA: 08-05-25
ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE			

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ozzy				COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1 A	PESO: 4.2 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: Monica Alexandra Santos Barbosa	DIRECCION Kr 74T N°74 Sur 23		TELEFONO 3195767223
CEDULA: 52.749.627	CORREO ELECTRÓNICO: monicadelbarrio@hotmail.com		
BARRIO O VEREDA San Juan Bautista	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: BTO / 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 OCT/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 OCT/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 FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 149 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 r/m	TEMPERATURA: 38.6°c	TLLC 2 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	Dra. Laura Abaunza TP.22928	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 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:
MONICA SAUTES	52.490.622

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 **52.749.627**

SANTOS BOHORQUEZ

APELLIDOS

MONICA ALEXANDRA

NOMBRES

Monica Alexandra Santos

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-JUL-1984**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

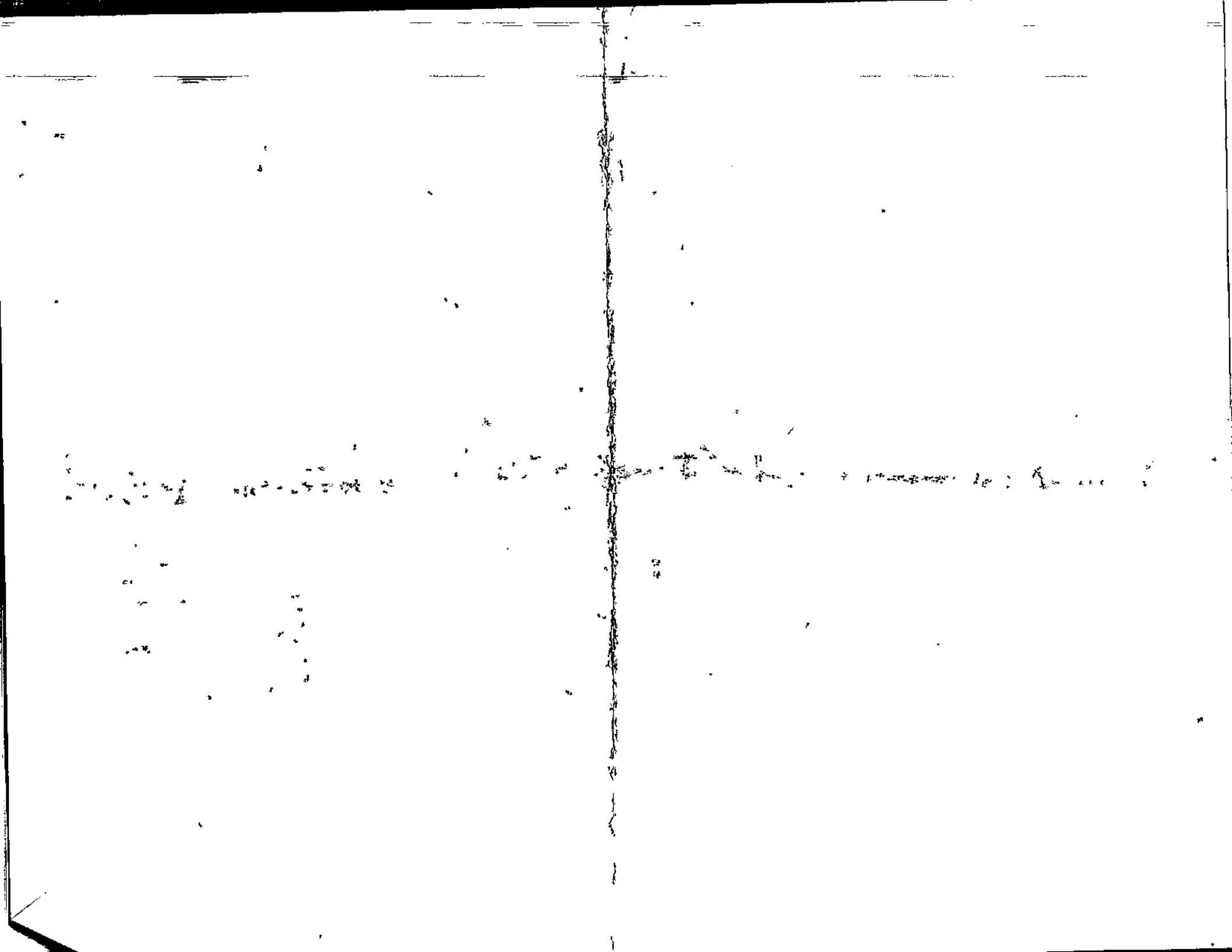
1.50 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

15-JUL-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500100-01049802-F-0052749627-20181210 **0063**561686A 3 9905960124

108



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: **2020114-3**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351009638-8

CLIENTE

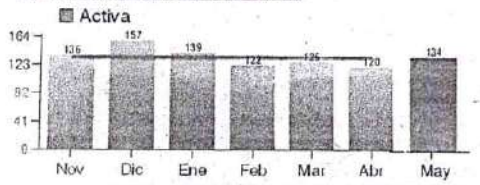
MIGUEL ANGEL NIO LONDOO
KR 14 T NO 74 SUR 23
B SAUCES MIRA VALLE
BOGOTA, D.C. - SAN JUAN BAUTISTA

01 006 0295 / 018-19346344

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO	CONSUMO DIARIO:	VALOR DIARIO:
$858,43	4,47 kWh	$2.161

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 133 kWh

PERÍODO FACTURADO:	DÍAS FACTURADOS:	CONSUMO MES
27 MAR/2025 A 25 ABR/2025	30	134 kWh

¡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.

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:	10000010060295
RUTA LECTURA:	10010060340
MANZANA DE LECTURA:	MS00255506
MEDIDOR NO:	018-19346344
SUBCLASE:	Básica

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2014

CONTÁCTANOS

Peticiones y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 8003 (Elena Bot o pase Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

DEFENSOR DEL CLIENTE

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 · Reval · MOVIRED · puntored · efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Jumbo · 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

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: $293,25 CV: $78,75 PR: $67,98 R: $23,76 CP: $0,00 / $858,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UM12-SB4-2201 - - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

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

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 8061 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 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 asignados 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 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. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 02/05/2025 00:42:24
FECHA EXPEDICIÓN: 02/05/2025 18:22:11

Proveedor Tecnológico: Conviget Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CEN Financiero - NIT 860.321.151-0
Factura emitida por Conviget Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.016.412

CUDE: 42de0a281ec2e437a970bdc14ed32c4fe8813eb5a4cac78a0c0dc4509aaff15d4a4041f3f405ba9306024dd692ad37c87a

108

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 147	MICROCHIP: SI Número de TAT: 900255002406200		FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Logan				COLOR: amarillo / Blanco	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1A	PESO: 4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leonilde Lozano	DIRECCION cl 106 sur 7-40	TELEFONO 3125604750
CEDULA: 57.935.715	CORREO ELECTRÓNICO: 3125604750 @ sin correo	
BARRIO O VEREDA Usminia	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMEN CLINICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 143 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °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 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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: 51935915

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

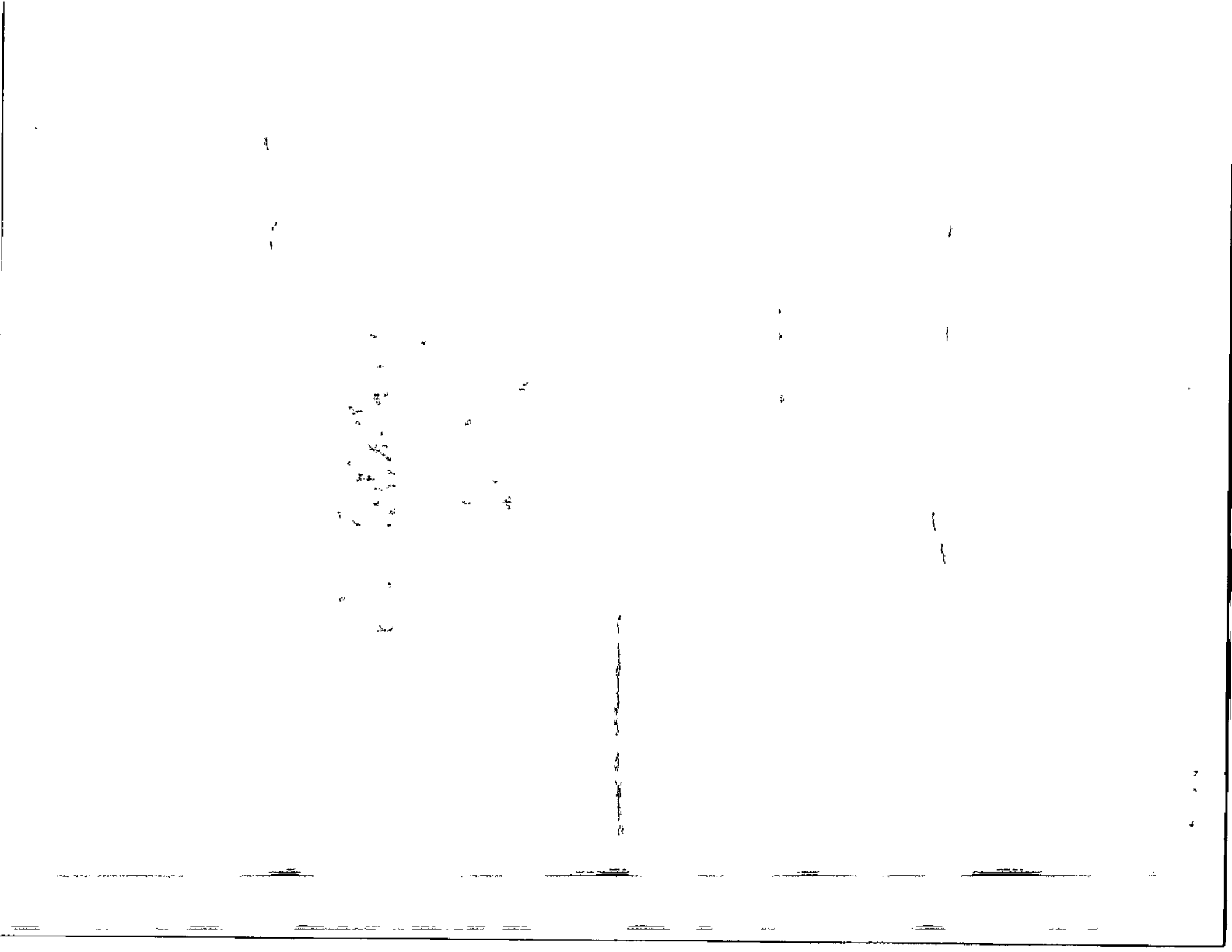
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

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
51.935.715
LOZANO
APELLIDOS
LEONILDE
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
27-MAY-1967
COELLO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
20-ABR-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500105-42121294-F-0051935715-20041004
0014904278A 02 152547883



Para el reparto ZONA:4 CICLO: U4 RUTA:U44778A BIMESTRAL

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

11126150
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

12455594619
Número para pagos
Número de este 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 07:55:56	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: 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 DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica 148	MICROCHIP: SI Número de M 900255002404661	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:			COLOR: Blanco - Negro	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 8 M	PESO: 3-8 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR___ CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO___ OTRO___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Alejandro Vargas Peña	DIRECCION Cll 104A Sur # 6-58	TELEFONO 3003943941
CEDULA: 13.790.610	CORREO ELECTRÓNICO: Oscar93 1116 @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 N/A	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 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: 149 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	0.4 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/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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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 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:
	1019906716

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

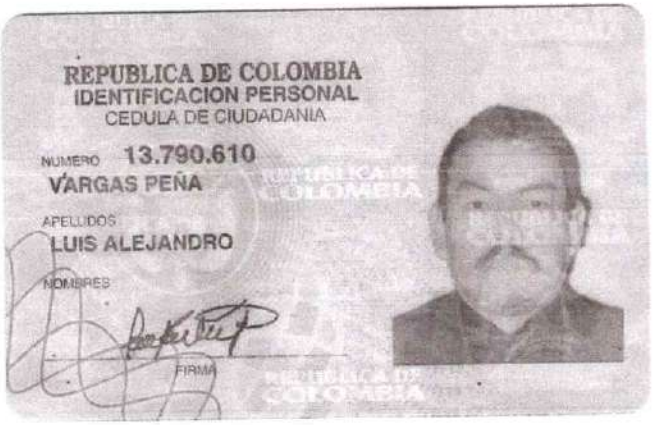
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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 13.790.610
VARGAS PEÑA

APELLIDOS
LUIS ALEJANDRO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-MAR-1961
FLORIAN
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-JUL-1979 FLORIAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500100-00011041-M-0013790610-20080603 0000366985A 1 1940008863

109

enel | Bogotá

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:

0928382-3

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351219796-8

CLIENTE

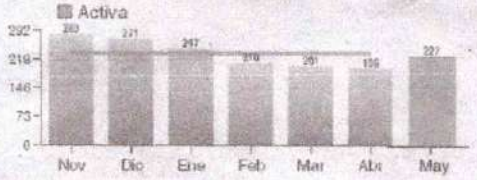
LUIS ALEJANDRO VARGAS
CL 104 A SUR NO 6 58
BOGOTA, D.C. - ANTONIO JOSA, DE SUCRE

02 001 4687 / 018-25012544

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO	$656,40
CONSUMO DIARIO:	7,09 kWh
VALOR DIARIO:	$4.137

PERIODO FACTURADO: 28 MAR/2025 A 28 ABR/2025 | DIAS FACTURADOS: 32 | CONSUMO MES 227 kWh

CONSUMO PROMEDIO DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES 235 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y su 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 publicación crediticia de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com.

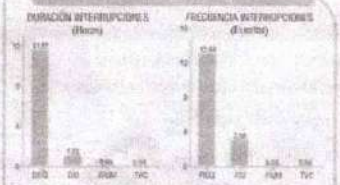
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020014687
RUTA LECTURA:	16020010687
MANZANA DE LECTURA:	MS00257120
MEDIDOR NO:	018-25012544
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

Teléfonos y solicitudes enel.com.co/es/personas/solicitudes.html
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
310 000 6003 (Llama Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia | @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	ENTRE NOSOTROS	EMERGENCIAS
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.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: daviplata, MOVii, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, El Reval, TODO, MOVIRED, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Surtimax

Código QR

El pago en un corresponsal bancario, exige el desprendimiento del usuario. 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. 514-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 30
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54 28/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: MAR/2025
G: $206,40 T: $66,20 D: $202,20 CV: $78,75 PR: $67,50 R: $22,75 CF: $2,50 / $655,85 Costo kWh Mes

GRUPO: IV CIRCUITO: UAST-05ST01--- NIVEL DE TENSIÓN: 1 FACTURADO: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 2314 Decreto/Ley/Acuerdo: de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0647 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 019 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 dentro de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, tuya es 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 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, tuya es Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de reciclo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Embajos 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 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: 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 03/05/2025 00:15:05
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 13:27:10

CUDE: a7ea75b5b9ea3781b03b0dd991447816cb547be7d139f4bb63d66c6e6e5d52be089e0917cda57b9923b3bd094c866

Prohibida Tercerización, Cesión, Tercerización y Servicios SAS BIC - Nombre del SW CENIT-Habilitado - NIT 830.121.151-0

109

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: 749 | MICROCHIP: SI Número de MI: 900255002406207 | FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sasuke | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 A | PESO: 3.9 KG | MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Emily Yuritza Mican Duvara | DIRECCION: cl 111 A sur 4B este 23 | TELEFONO: 3204607980

CEDULA: 1000695199 | CORREO ELECTRÓNICO: madicaet2017@hotmail.com

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

ESCOLARIDAD: Noveno | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

NS/NR:

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N-A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa Marzo/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 Agosto/24

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 PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA: 146 l/m | F. RESPIRATORIA: 26 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 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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 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:
Emily Yicon	1020495199

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

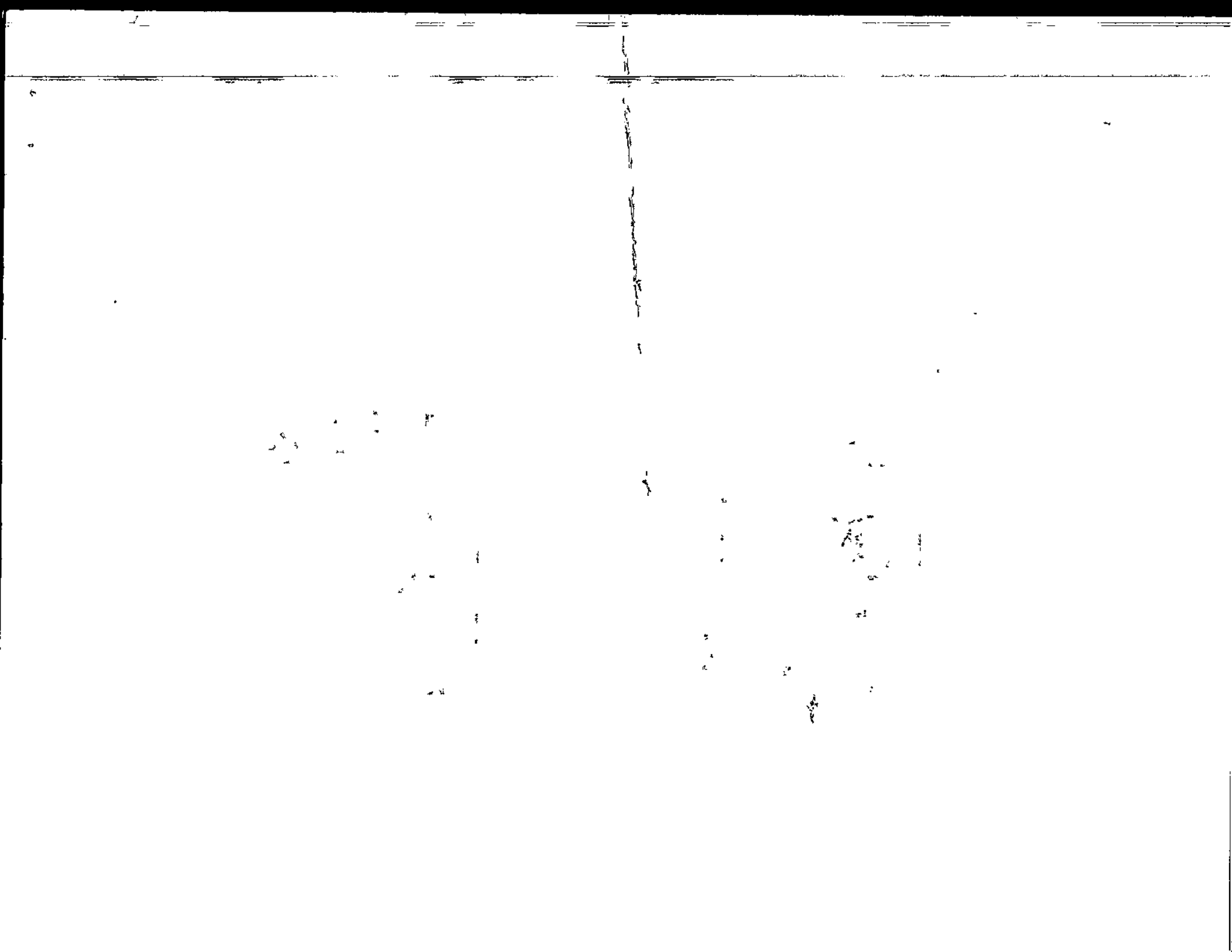
ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.000.695.199
MICAN DUCUARA
APELLIDOS
EMILY YURITZA
NOMBRES
FIRMA

105


FECHA DE NACIMIENTO 03-JUN-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
B+
G.S. RH
F
SEXO
29-JUN-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
A-1500150-01369719-F-1000695199-20230718
0131549186A 1
6508858130



tu factura de manera digital

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



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

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

Agenda ya en grupovanti.com y paga después

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Actividad visible del 17 de marzo al 30 de junio de 2025 para usuarios del servicio de gas natural residencial. Visita cobro a cargo de los empresas de servicios públicos que conforman el Grupo Vanti. Recuerda que puedes agendar tu revisión en el [illegible] organismo de inspección evaluado ante la ONAC. Consulta 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 una o varios cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Ifan · Bancolombia · BBVA · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Nequi · Davivienda · 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 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.

CUNDINAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 900.696.812-8 TDH-2397/2024

¡Hola!

NURVEY DUCUARA
CL 111A SUR 4B ESTE 23 00001 - ANTONIO JOSE SUCRE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097103-95528

Lote: P07GN **Ruta:** 001164018475000 5000 **Código del Sector:** 110

Cuenta o referencia de pago 61590148

vanti Listo

Compra [illegible]

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



vanti Listo

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

Y un **extracupo de hasta** $12.000.000

*exclusivo para financiar moto

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

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancario ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala en: grupovanti.com/vantilisto.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Factura de gas

Abril 2025

Cuenta o referencia de pago **61590148**

BOGOTÁ

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno **28 Abr. 2025**	Fecha de suspensión **29 Abr. 2025**	Periodo facturado **Mar. - Abr. 2025**	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	35M3	2.942,86	0,00	103.000,80
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	3.282,01	0,00	65.640,20
MENOS SUBSIDIO (54%)	1UN	-36.320,99	0,00	-36.320,99
AJUSTE DECENA	1UN	0,01	0,00	0,01

1 – Total **$133.320,00**

Tus financiaciones

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

2 – Total **$0,00**

Mary 46 = $6,376
+120+100.07
1145.40. 25 = 46,943
07-04

3 – Valor facturas vencidas

$0,00

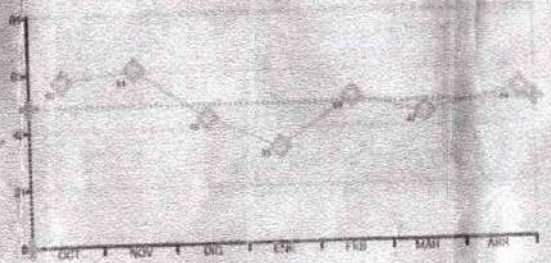
Total a pagar 1 + 2 + 3

$133.320,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
10 Mar. 2025	10910	REAL
09 Abr. 2025	10981	REAL

m³ corregido = 10981 - 10910 * Factor de corrección = 55

Tu próxima lectura será Entre 06 y el 11 de Mayo

Novedades de tu factura

CuVa $ 2942.86

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

(415)7709998026025(8020)61590148(3900)00000000133320

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 May. 2029

La revisión de la instalación interna en su inmueble debe realizarla un tercero autorizado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (SSPD) de acuerdo con la Resolución SSPD 20171010156425 de 2017 y 20191000091945 de 2019.

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 1692.69	Tm 575.61	Dm 621.53	Cm 0.0
Pr 55.71	Cvm 0.0	Cvbr 0.0	Cvnr 0.0
Cmr 0.0	Fpcr 42.475	DAUR 0.0	DAUNR 0.0

Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 649 kWh y el precio unitario del kWh es $205.424

Factor de corrección

Vm: 71	Kp: 0.76727	Kt: 1.00487	Pt: 0.77101
Vb: 99	Tm: 14.16	Tb: 15.56	Z: 1.01009
Pb: 0.762	Pm: 0.023	F pr: 1.0	

Factor de corrección: 0.77101

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DTS: 0.0 ID: 100.0 IPR: 100.0



Factura No. 68426

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 clinica: 750 | MICROCHIP: 900255002404665 | FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Balú | COLOR: canelo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: mestizo | EDAD: 5 años | PESO: 3.9 KG | MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose daniel carvajal santos | DIRECCION: cll 64 sur #2b este 16 | TELEFONO: 3125423527

CEDULA: 74 320 283 | CORREO ELECTRÓNICO: 3125423527@ sin correo

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

ESCOLARIDAD: 9no bachiller | 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: Noviembre 2024 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 30/04/2021

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: 149 l/m | F. RESPIRATORIA: 22 r/m | TEMPERATURA: 38.7 °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 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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: 1130628

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 74.320.283
CARVAJAL SANTOS
APELLIDOS
JOSE DANIEL
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-1965
SOCHA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
12-DIC-1983 SOCHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00130162-M-0074320283-20081120 0006508122A 1 1170030402

42

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 **1544431-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 350820157-1

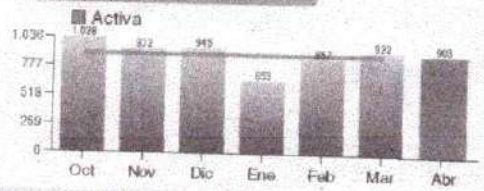
CLIENTE

MARIA A SILVA SOTO
CL 64 SUR NO 2 D ESTE 16
0
BOGOTA, D.C. - LA FISCALA NORTE

20 004 3808 / 018-25898720

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $858,43

CONSUMO DIARIO: 30,10 kWh

VALOR DIARIO: $23.756

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

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 903 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 950 kWh

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

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

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

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

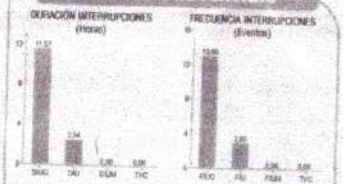
También puedes seguir comunicándote a través de Elena WhatsApp 3168906003, línea de servicio 6015 115 115 o la Línea gratuita nacional 018000 812 115

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	9,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000200043806
RUTA LECTURA:	10200040439
MANZANA DE LECTURA:	MS20230222
MEDIDOR NO:	018-25898720
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
Chat de servicio
316 800 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
@EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA: SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140065 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CUENTE
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, Correo Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Daviplata, Nequi, dale!, MOVII, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecti, Baloto, Su Red, Supergiros, MOVIRED, Servibanca, 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 destinos. 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-35
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: $79,75 PR: $67,95 R: $23,76 CF: $0,00 / $858,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: 9113-2130TR1 -- NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11 (pr por mi. Somos autorreteniedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 016 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 0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

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

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 28/04/2025 00:28:42
FECHA EXPEDICIÓN: 28/04/2025 19:47:13

CUDE: 7d679e9ee0b9360a2a1c15a12639fe8d1f04da6c4f1d2f9d3ce4f3200946f5fbc7a03cd8212b3d0e8beeabbd4a51db

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812 - Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CE-NFfinanciero - NIT 860.321.151-0

172

1 Total Energía $712.670 + 2 Portafolio Enel X $155.910 + 3 Total Aseo $45.650 = Total a Pagar $914.230

PAGO OPORTUNO 08 MAY /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 12 MAY /2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 1544431-0

FECHA DE LECTURA 22 MAY /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGIA ACTIVA kW	32.725	31.722	903		903	903				
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0				
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh X		Valor kWh $856,4302	X	Beneficio 56.00 %			$855.43	$78.762	
								$856.28		$0

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $28.756 DIARIOS

$62.489

SUBTOTAL: $712.673

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena

SUBTOTAL: $-3 $-3

Otros cobros de productos y servicios

Tarjeta Credito Amarilla $155.910

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 incorporado a FACTURA VIRTUAL desde www.enelx.co/co en la sección Personas

Consumos y otros cobros asociados a energía

1 TOTAL ENERGÍA $712.670

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

2 TOTAL OTROS $155.910

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.662

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se reviera 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 de 56.00 %.

ASEO

Promoambiental Distrito S.A.S. ESP

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

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

		DÍAS LIQUIDADOS
CUENTA CONTRATO	11146693	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	350820157-1	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	25.03.2025 a 24.04.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$143.330
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-100.331
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-3
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$2.649
ASEO - INTERES POR MORA	$5

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0.0000 ESTRATO: 1

DENSIDAD: FREC. RECOLECCIÓN: 3

% PARTICIPACIÓN: 0% FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	4	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$78.303,28	$30.810,76	$152.831,36

TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO:	0.00263999
LIMPIEZA URBANA:	0.00105817
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 $45.650

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

MENSAJES DE INTERES

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 1544431-0

Documento Equivalente Electrónico No. 350820157-1

(415)7707209914253(8020)011544431035082015713900)0000000914230

PAGO OPORTUNO 08 MAY /2025

TOTAL A PAGAR $914.230

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: 157 | MICROCHIP: SI Número de Microchi: 900255002182328 | FA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bubuza.				COLOR: Negro - Blanco	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 2 AÑOS	PESO: 3-2 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yuri Jimena Suarez Moreno.	DIRECCION: Cll 115 B Sur # 2B 32	TELEFONO: 3106127038
CEDULA: 1.077.870.899	CORREO ELECTRÓNICO: JimenaO926 suar@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Villa Israel	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Técnico	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:
ND	Enero - L - 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 Enero -25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 147 l/m	F. RESPIRATORIA: 26 r/m	TEMPERATURA: 38.6 °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/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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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:
Jimena Suarez	1019[illegible]899

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

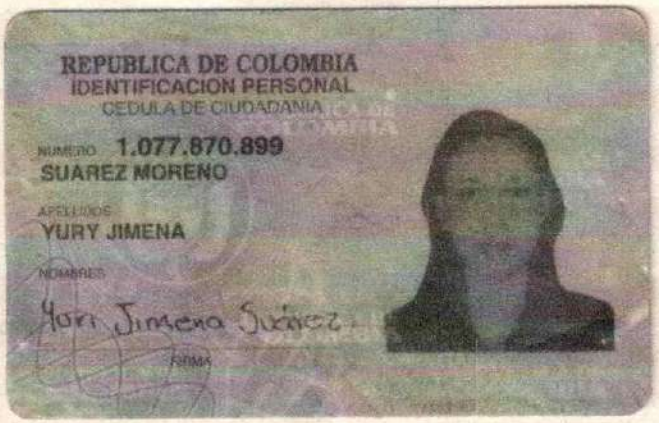
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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:

65


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.077.870.899
SUAREZ MORENO
APELLIDOS
YURY JIMENA
NOMBRES
Yuri Jimena Suárez
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 03-AGO-1995
GARZON
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
01-OCT-2013 GARZON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
P-1903400-00503394-F-1077870899-20131029
0035620832A 1
40292990

13214

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: **1449182-1**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347475925-7

13214

CLIENTE

RAFAEL RIAO
CL 115 B SUR NO 2 A 32
MZ I LT 7
BOGOTA, D.C. - VILLA ISRAEL

02 021 4695 / 065-1021566

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

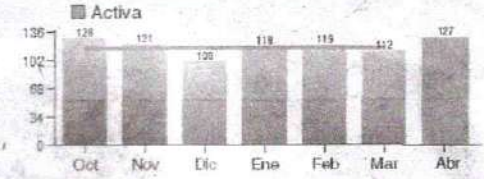
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, informamos que hemos actualizado nuestros canales de atención para consultas y reclamos sobre el tratamiento de tus datos personales.

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

También puedes seguir comunicándote a través de Elena WhatsApp 3168906003, línea de servicio 6015 116 115 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: 4,38 kWh

VALOR DIARIO: $1.636

PERIODO FACTURADO: 27 FEB/2025 A 27 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 127 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES 119 kWh*

¡Ahora nos tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentre dentro de lo habitual!

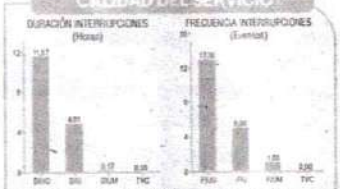
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	6.84
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020214695
RUTA LECTURA:	10020210741
MANZANA DE LECTURA:	MS00259401
MEDIDOR NO:	065-1021566
MEDIDOR NO:	065-1021566

ZONA PRIVADA DE LA PÁGINA WEB

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 2021571 GRUPO: 11 HC: 6,95 VC: 0,00 CFC: 0,01
PERIODO: 2015/05 DI: 730,84 CF: 119,00000 MC: 0,00 VF: 1,00 TIE: 0,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

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

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAR
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 6140065 denuncias@enel.com

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

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billeteras Virtuales: daviplata, dale, MOMI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Red, MOVIRED, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Olímpica, Alkosto

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 BOGOTA 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 123-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025
G: $351,70 T: $49,85 D: $272,95 CV: $76,58 PR: $69,88 R: $12,00 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UM2-20015161--- NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 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 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 19 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 reparto para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjanse a los canales de atención definidos por cada empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 02/04/2025 02:32:11
FECHA EXPEDICIÓN: 02/04/2025 18:07:15

CUDE: 03d5efc75e1b7f021878a9a2b92156c9714c09f219f3e4956537e7f6f3444b67a0f0c5b4b0f0516e6fdc1d4c4216d7488b0f6

8.607 - Página 1 de 2
S SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 800.321.161-0

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 152	MICRO: 900255002182329	FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lucky			COLOR: Amarillo - Blanco	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 7m	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: Olga Sary Ortiz Arbeleda	DIRECCION: cll 134 sur 14H55	TELEFONO: 3114589843
CEDULA: 1-033.731.363	CORREO ELECTRÓNICO: olgasaryortizarbeleda@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Centro Usme	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: N-D
N-D	enero-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

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.	CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 146 l/m	F. RESPIRATORIA: 26 r/m	TEMPERATURA: 38.7°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/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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32238	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:
0193 SAS Citiz C	1033731363

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 01-OC[illegible]-1990
TUMACO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-MAR-2009 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1800150-00551566-F-1033731363-20140304 0037532357A 1 40141429

73



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.033.731.363
ORTIZ ARBOLEDA
APELLIDOS
OLGA SARY
NOMBRES
Olga Sary ortiz
FIRMA

73

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Netasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:4 CICLO: U4 RUTA:U44781B BIMESTRAL

12736045
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11075229119
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
OLGA SARY ORTIZ ARBOLEDA

Dirección del predio
CL 134 SUR 14H 55 CA 9A

Barrio: **CENTRO USME** Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Período facturado	ENE/29/2025	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 07:58:34	ABR/22/2025 16:09:03

¡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:	2
Unidades Habitacionales:	1
Unidades No Habitacionales:	0

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 21

14

ÚLTIMO CONSUMO

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
14.000	222

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período14	Facturado con Consumo Normal
Lectura anterior0	Base promedio
Tu consumo este período14	Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca G2 MEDIDORES	Tipo VELOCIDAD
Serie 23-675103	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	=	Total a pagar
$41.167,78		$37.121,68		$899,171		$977.461
1		2		3 4 5 6		

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

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

Escanea y paga virtual

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): [illegible]

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aportes (+) o Subsidios (-) %	Aportes (+) o Subsidios (-) Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$3.660,73	-40	$7.320-	$11.892,87	$11.592,46
Consumo residencial básico (m³)	14,00	$3.520,58	-40	$19.717-	$2.112,53	$29.575,32
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$27.445-		$41.167,78

2 Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aportes (+) o Subsidios (-) %	Aportes (+) o Subsidios (-) Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.291,96	-40	$3.578-	$5.510,36	$8.539,90
Consumo residencial básico (m³)	14,00	$1.504,28	-40	$21.074-	$2.297,97	$31.611,78
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$24.748-		$37.121,68

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

1 Tasas ambientales

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Uso (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$17,12	$7,78
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$30,00	$13,63
Total por consumo facturado	$240	$109

1 Ahorro y del cuarto trimestre del año el Distrito de Bogotá le hace un aporte económico de hasta 3 m³ mensuales (6 m³ por cada período facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2.

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Descuento pronto pago	$39.530-
Intereses de mora	$2.450
Subtotal	$2.900-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Deuda anterior	$922.071
Subtotal	$922.071

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

6 Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	$0

8 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago · puntored · FARMATODO

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

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

Acueducto y Alcantarillado

$977.461

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor usuario: Si en el desprendible de este aparece saldo y desea reclamación, recibirá solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en oficinas y Red CADE, no podrá efectuarse en los corresponsales bancarios).

(415)7707200485271(8020)110752291195(3900)000000977461

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS — DOMICILIARIOS — NÚMERO ÚNICO DE REGISTRO 1710010010 EAB-ESP

171220 84630

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: 153	MICROCHIP: 900255002182565	FECHA: 08-05-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tom				COLOR: Blanco - Atigrado	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 8 M	PESO: 3.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Yobani Zaque Chacón	DIRECCION: cr 5 bis # 110-05 Sur		TELEFONO: 3013386167
CEDULA: 80-091.350	CORREO ELECTRÓNICO: ZaqueYobani@gmail.com		
BARRIO O VEREDA: Antonio José de Sucre	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Técnico	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.
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/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: 149 l/m	F. RESPIRATORIA: 23 r/m	TEMPERATURA: 38.5 °c	TLLC: 1 seg	MUCOSAS: Rosados

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	Dra. Laura Abaunza TP.22928	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: 8000135O

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

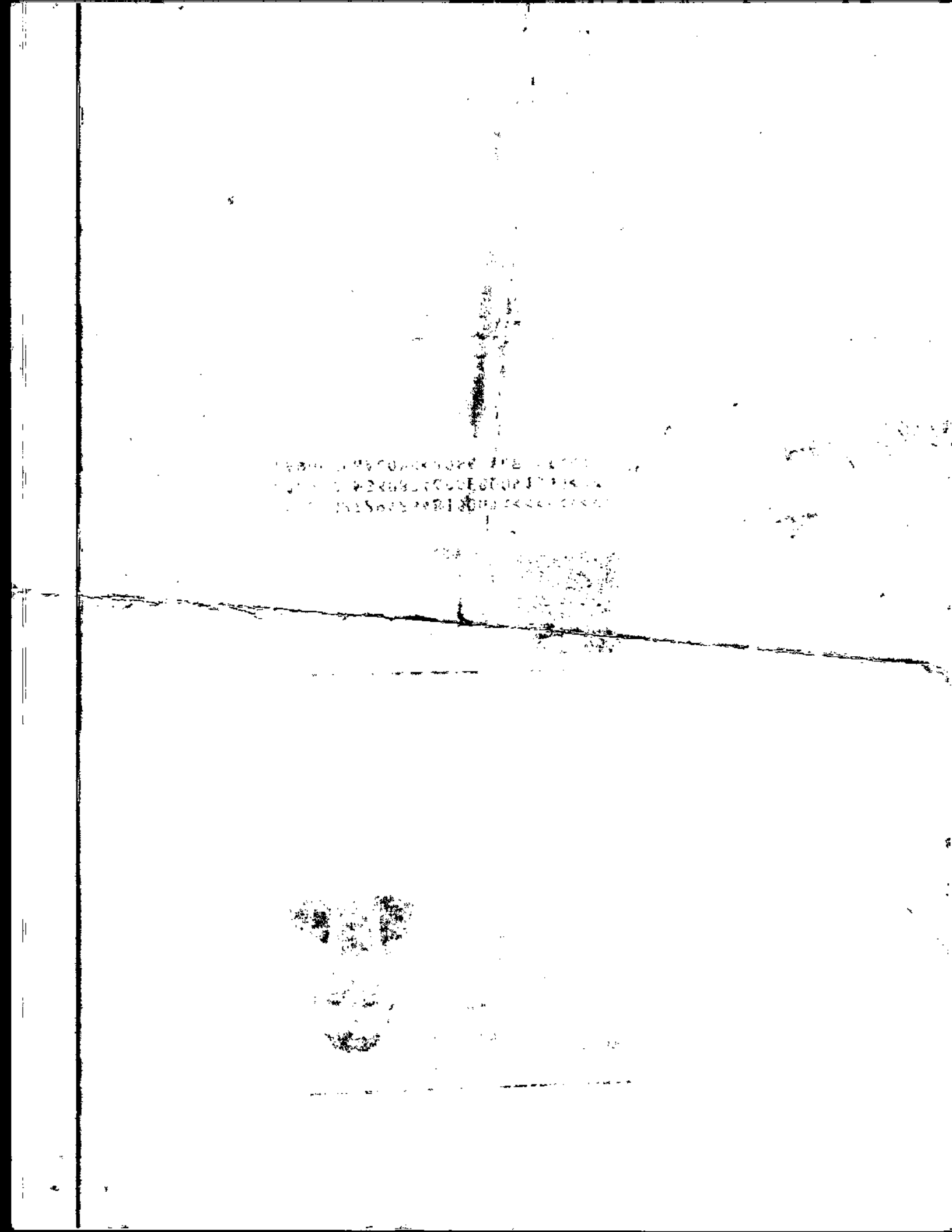
ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

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





ICCOL027291254815001<<<<<<<<<<
8109194M3308246COL80091350<<<5
ZAQUE<CHACON<<JOSE<YOBANI<<<<<



enel Bogotá

1793221-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347524526-7

CLIENTE

JOSE LEONIDAS CASTIBLANCO
KR 5 BIS NO 110 SUR 05
BOGOTA, D.C. - ANTONIO JOSA. DE SUCRE

02 022 4821 / 018-25013049

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

Nuevo canal / Formulario online:

Activa

Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
116	87	49	62	57	69	69

VALOR kWh APLICADO $843,71

CONSUMO DIARIO: 2,39 kWh

VALOR DIARIO: $839

PERÍODO FACTURADO: 27 FEB/2025 A 27 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 69 kWh

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:	MB00257143
MEDIDOR NO:	018-25013049
MEDIDOR NO:	018-25013049

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

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas) — FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Cortes)

CONTÁCTANOS

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

605 9440085 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago — Sitios de Pago 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. 91A 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 39 (67) Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

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

G: $391,70 T: $419,25 R: $77,69 CU: $26,38 PH: $60,00 R: $12,00 CP: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil, somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 28 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN DIAN 0019 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 ante de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0051 de 30 de diciembre 2022.

*Sobre el acto de suspensión, ejecutado el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión por 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 conocer 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.

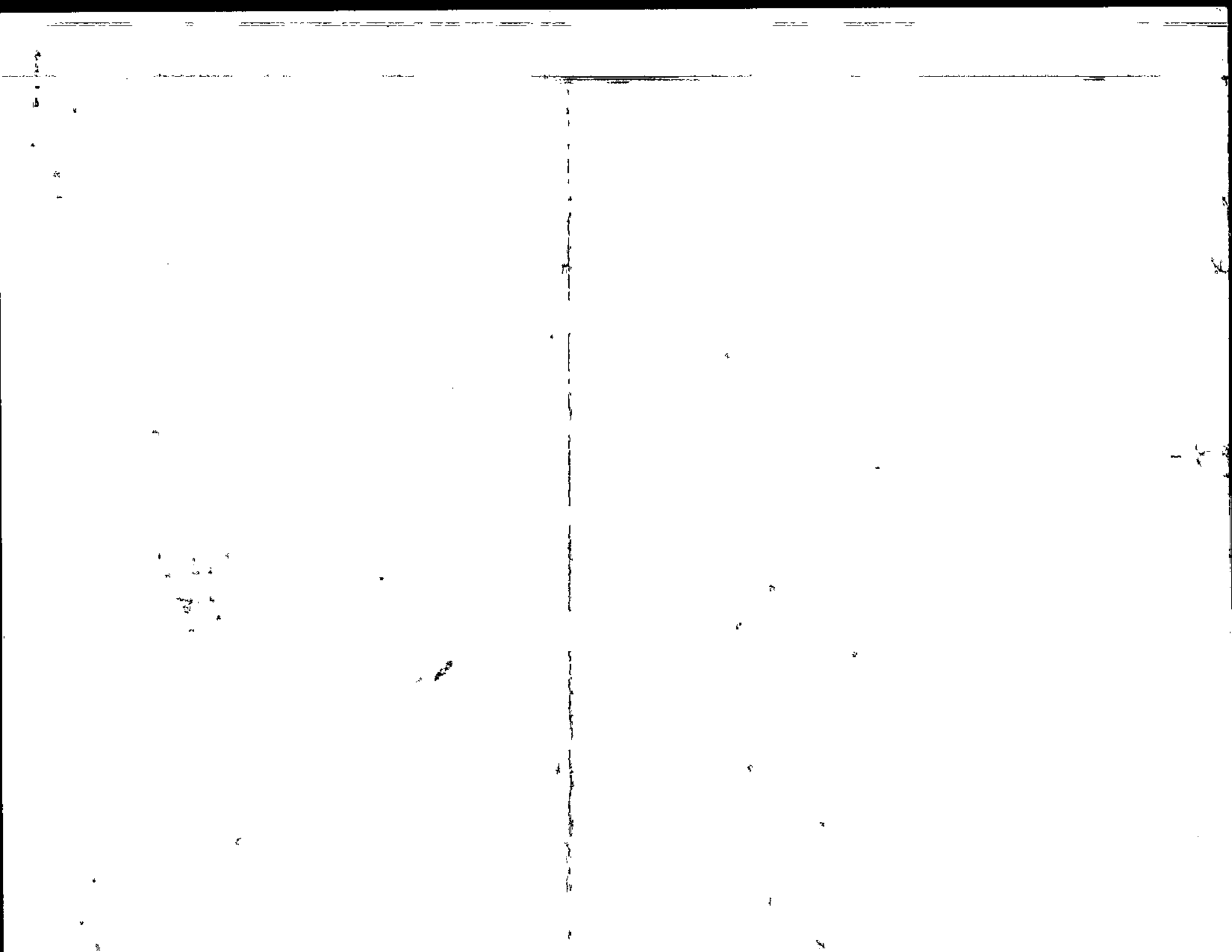
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Energía de Consumo), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el usuario para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP 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.

CUDE: 91d4ab8999e1d5779e9a9a9e9410bbb1 7a6c4b90ad4831e6a9b87507d04da5d9ee93a91c4261376ef77ad879aad50657

FECHA GENERACIÓN: 02/04/2025 02:34:09
FECHA EXPEDICIÓN: 02/04/2025 16:23:13

Factura impresa por Consorcio Factura de Occidente S.A.S. NIT 901081.022 — Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Numeración SW: CSFFactoring - NIT 890.321.161-0



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA DE USME | BOGOTÁ

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

HC: 154	MICROCHIP: SI 900255002182554	FECHA: 08-05-2025

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Coco Ramirez				COLOR: Beige.	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 1año	PESO: 9.2 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: Angie Lizeth Ramirez León.		DIRECCION: cll 106 B Sur 5-68	TELEFONO: 3107520881
CEDULA: 1.000.984.427		CORREO ELECTRÓNICO: leonangie8A@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:
NA	20-04-25	**CANINOS** PARVO: dd/mm/aaaa 04-12-24 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: 143 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °c	TLLC: 1 seg	MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.9 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.9 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.45 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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:
Angie Leon	1000984429

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.000.984.427
RAMIREZ LEON
APELLIDOS
ANGIE LIZETH
NOMBRES
Angie Ramirez
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-AGO-2000
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
10-SEP-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL



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: 04 RUTA:044779 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

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

Datos adicionales del predio

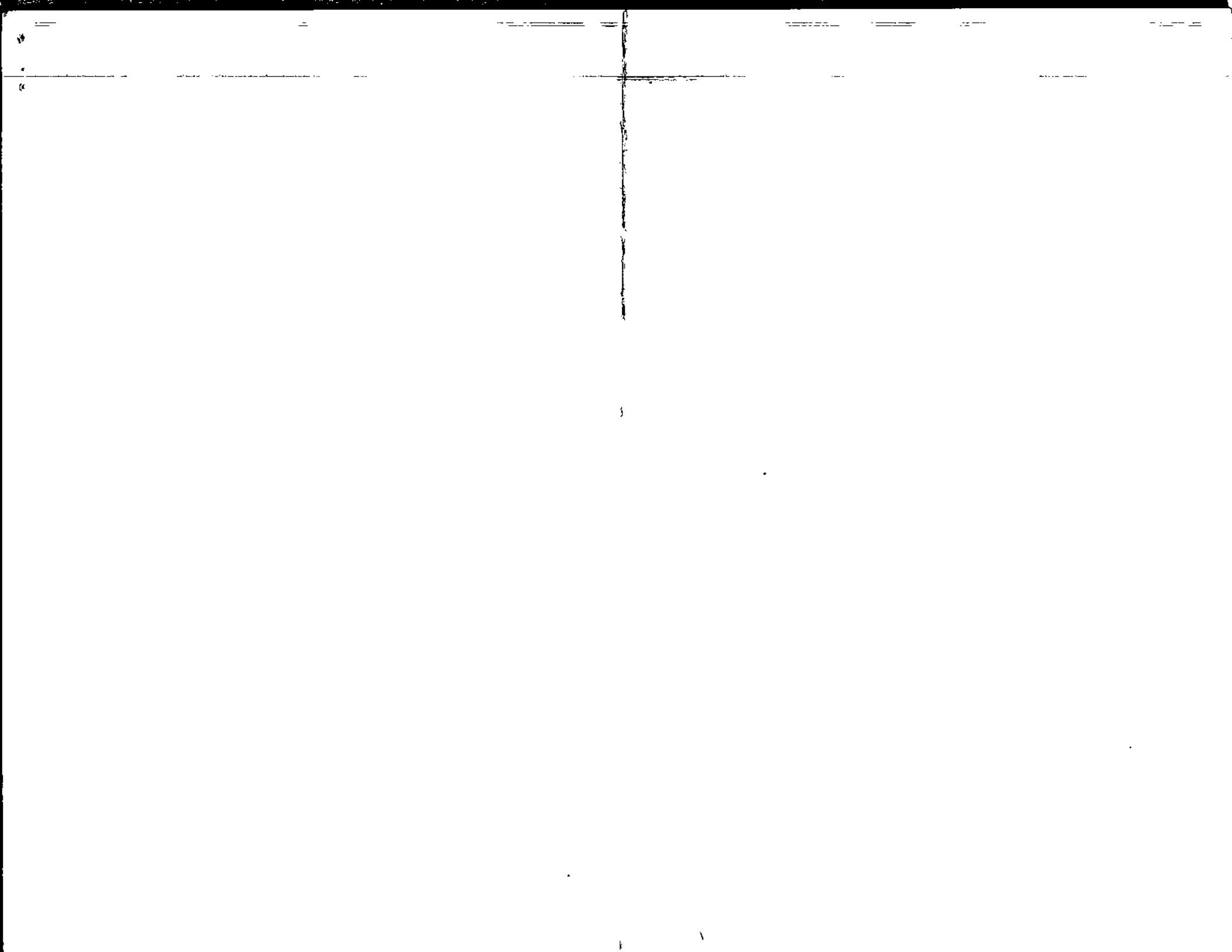
Clase de uso:	**Residencial**
Estrato:	1
Unidades Habitacionales:	1
Unidades No Habitacionales:	0

¡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:

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: 155 | MICROCHIP: SI Número de Mic: 900255002182563 | FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Canelo | COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año | PESO: 4.0 KG | MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X

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

ORIGEN: NS/NR___RESCATADO___COMPRADO___ADOPTADO X REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Clara Beltran Hernandez | DIRECCION: Cll 109 sur # 8-27 | TELEFONO: 3138725062

CEDULA: 1.067.808.472 | CORREO ELECTRÓNICO: edison-chavarro13@hotmail.com

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

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N.A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa 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 FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 143 l/m | F. RESPIRATORIA: 21 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °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 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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 sostancias 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:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.067.808.472
BELTRAN HERNANDEZ
APELLIDOS
MARIA CLARA
NOMBRES



FIRMA

48



FECHA DE NACIMIENTO 05-MAR-2004
LA PAZ
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.46 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
07-MAR-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01294450-F-1067808472-20220505 0079059456A 1 8504292230

enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **3663520-7**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351169455-9

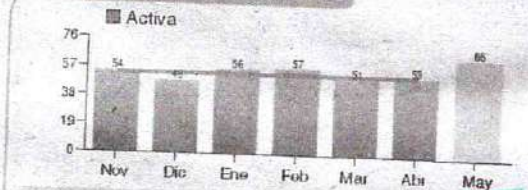
CLIENTE

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 $858,43

CONSUMO DIARIO: 2,05 kWh

VALOR DIARIO: $779

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 66 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES = 63 kWh

Este mes tuviste acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** si aparte una verificación. Encuentra las posibles causas y tips de consumo 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 políticas de crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com.

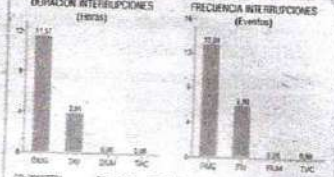
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,75
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020106512
RUTA LECTURA:	10020100482
MANZANA DE LECTURA:	MS00253883
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



CO-3566TR1 GRUPO 11 HC 0,00 HC 0,00 CEC 0,05
PERIODO 2025-03 DI 258,94 CF 31,36666 HC 0,00 MF 1,00 %C 0,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/realizar/tramites

Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion

316 890 6003 Elena Bot o pase Asesor

Enel Colombia | @EnelClientesCO

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

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

DEFENSOR DEL CLIENTE

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, Reval, TODO1, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Código QR

Almacenes de Cadena: CUMBO

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del desglose. 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: $59,23 D: $293,28 CV: $73,75 PR: $67,93 R: $23,76 CF: $0,62 / $558,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UR07-20007701 - - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mi. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9001 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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, 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 aseo 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.

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

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

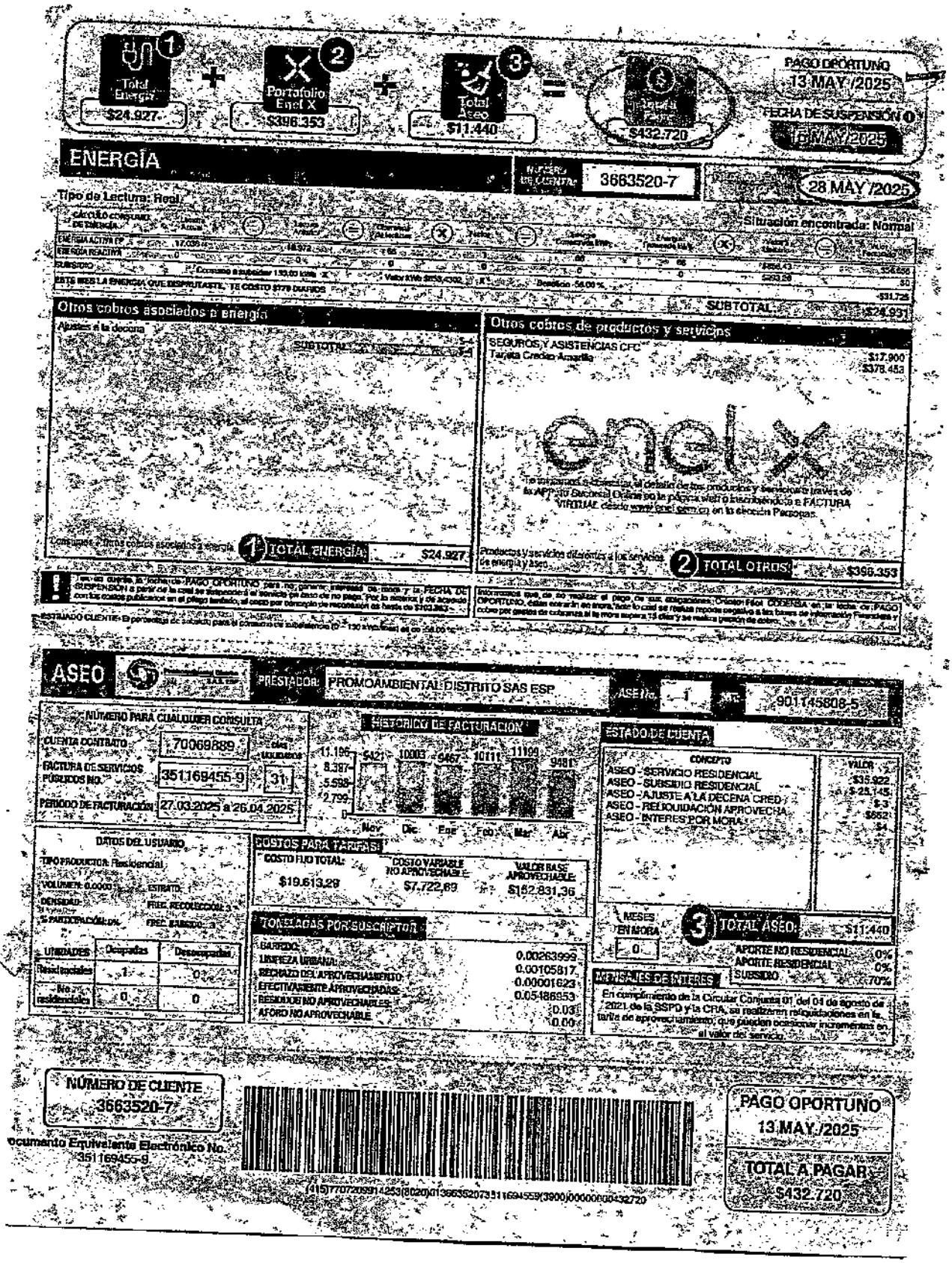
Línea de servicio al cliente 110

FECHA GENERACIÓN: 03/05/2025 00:45:16
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 14:13:11

CUDE: 21bd8b1685aaf0c79afad037780873bd9329b381363e05e13c9a76f70daf9f9941e538710b79f151f2eaba862cb3fdd

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S. NIT 830.014.842

Primeros Tarifa/Cargo fijo (Cliente/Usuario) $ 40.187 - Nombre del SW CEMPizarro - NIT 091.361.151-0



Total Energía $24.927 + Portafolio Enel X $398.353 + Total Aseo $11.440 = Total a Pagar $432.720

PAGO OPORTUNO 13 MAY /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 16 MAY /2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 3663520-7

28 MAY /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena

SUBTOTAL

Corresponde a otros cobros asociados a energía

1 TOTAL ENERGÍA $24.927

Otros cobros de productos y servicios

SEGUROS Y ASISTENCIAS CFC

Tarjeta Crédito Amarilla $17.900 $378.453

enel x

Te invitamos a conocer el detalle de los productos y servicios a través de la APP o en Sucursal Online en la página web o haciendo clic a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la elección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

2 TOTAL OTROS $398.353

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 - 130 kWh/mes) es de 50.00 %

ASEO

PRESTADOR: PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP

ASEO No. 1 NIT 901145808-5

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO 70069889

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO. 351169455-9

PERÍODO DE FACTURACIÓN 27.03.2025 a 26.04.2025

DÍAS LIQUIDADOS 31

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN

Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
11.196	8.397	5.598	2.799	0	
$421	10003	$467	10111	11109	9881

ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$35.922
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-25.145
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-3
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$652
ASEO - INTERESES POR MORA	$14

MESES EN MORA 0

3 TOTAL ASEO: $11.440

APORTE NO RESIDENCIAL 0%

APORTE RESIDENCIAL 0%

SUBSIDIO 70%

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0.0000 ESTRATO:

DENSIDAD: FREC. RECOLECCIÓN: 3

% PARTICIPACIÓN: 0% FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Despachas	Desaprobadas
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:	0.00105817
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001623
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.05186553
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
AFORO NO APROVECHABLE	0.00

MENSAJES DE INTERÉS

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

NÚMERO DE CUENTE 3663520-7

Documento Equivalente Electrónico No. 351169455-9

(415)7707209914253(8020)013663520735116945593(3900)000000432720

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 156 | MICROCHIP: SI Número de Microchip 900255002182551 | FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pelusa | COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 4M | PESO: 1.8 KG | MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Andersson Cepeda Sandoval | DIRECCION: Cll los sui #43a 13 | TELEFONO: 3224481908

CEDULA: 1.000.249.679 | CORREO ELECTRÓNICO: andesoncepeda506@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 N/A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa 30-04-25 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N-Q

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 PRECIRURGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m | F. RESPIRATORIA: 27 r/m | TEMPERATURA: 38.6°c | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml.	X-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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32238	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

13. 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: 1022379629

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

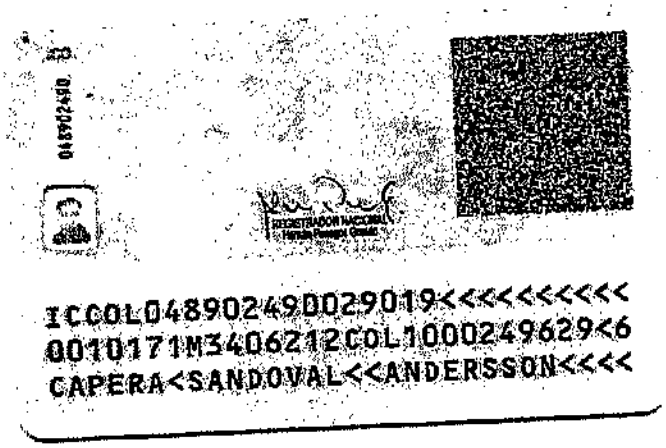
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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
NUIP 1.000.249.629
CAPERA SANDOVAL
ANDERSSON
COL
1.61
M
17 OCT 2000
A+
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
17 OCT 2018 ATACO
21 JUN 2034


ICCOL0489024900290l9<<<<<<<<<<
0010171M3406212COL1000249629<6
CAPERA<SANDOVAL<<ANDERSSON<<<<

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

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

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

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

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/28/2025	ABR/22/2025 07:55:23	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 obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de Internet.

cadena,

este período

...es tu promedio de consumo fue 19



AGO-OCT	OCT-DIC	DIC-ENE	ÚLTIMO CONSUMO
$51.209	$51.610	$43.086	

En este periodo consumiste más agua que en el anterior

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este periodo	Promedio al día
20.000	328

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo(18/1)
Lectura anterior(19/0)
Tu consumo este periodo(2)
Facturada con: Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca FLOWS DE ACTARIS
Serie A115707233
Tipo VELOCIDAD
Diámetro pulgadas ¾

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo.
- Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida.
- Cerrar la llave al enjabonar los platos.

Tu cobro en este período

1 Acueducto	2 Alcantarillado	Otros cobros	Escanea y paga virtual
$26.646,52	$25.203,32	$12.676,-	

Consulta el detalle de estos cobros en los siguientes estados de cuenta

Total ingresos del período
Ingresos que la EAAB ESP reporta a la CRA en el periodo actual

= Total a pagar $58.021,-

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico):

Detalle de tu consumo esta bimestre

1 Acueducto

	Cant.	X	Valor unitario	X	Ajustes (+) o Subsidio (-) %	Ajustes (+) o Subsidio (-) $	Tarifa***	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$9.220,85	-70	$12.581,-	$2.790,20	$6.820,72	
Consumo residencial básico (m³)	22,00		$9.622,84	-70	$49.293,-	$11.085,29	$21.125,60	
Consumo residencial superior básico (m³)								
Cargo fijo no residencial (mes)								
Consumo no residencial (m³)								
Subtotal					$62.774,-		$27.946,32	

2 Alcantarillado

	Cant.	X	Valor unitario	X	Ajustes (+) o Subsidio (-) %	Ajustes (+) o Subsidio (-) $	Tarifa***	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$4.373,20	-70	$6.123,-	$1.312,01	$2.623,72	
Consumo residencial básico (m³)	20,00		$3.963,83	-70	$32.667,-	$1.125,60	$22.579,60	
Consumo residencial superior básico (m³)								
Cargo fijo no residencial (mes)								
Consumo no residencial (m³)								
Subtotal					$38.810,-		$25.203,32	

Consumos de 0 consumos de hasta 11 m³ mensuales (22 m³ bimestrales). ** (4) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidios: 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 %.

3 Tasas subtotales

Tasa Uso (Acueducto)
Tasa Subtotal (Acueducto Básico)

- Tarifa consumo básico ($/m3)
- Tarifa consumo superior a básico ($/m3)
- Total por consumo facturado

4 Otros conceptos

Concepto	Valor
Subtotal	13.876,-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

6 Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

7 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$18.845,00

Pagos por la página web, app y bancarios

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

La EAAB ESP también cuenta con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Bancolombia, AV Villas, Bogotá, Sucursales y Cita

Acueducto y Alcantarillado
Valor a Pagar
$58.021

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor usuario: Si en el desprendible de su consignación sello y cheque de su pago, recuerde solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, en podrá efectuarse en corresponsal bancario).

(415)7707200485271(8020)407166198335(3900)000000058021

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS AÑO, ÚNICO DE REGISTRO 1-1100/COD-19 EAB 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 157	MICROCHIP: SI Número de: 900255002404362		FECHA: 08-05-23

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Saimon			COLOR: Negro / Blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 9M	PESO: 4. KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR___ CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: María Eugenia Rico Garzón	DIRECCION: Cl 138 A Sur N° 14 I 28		TELEFONO: 3196793406
CEDULA: 35.573227	CORREO ELECTRÓNICO: mricogarzon@gmail.com.		
BARRIO O VEREDA: Centro USME	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Tecnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO___ X RURAL		
NS/NR:			

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N A	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa Enero/23	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: Enero/23 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 PRECURÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 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 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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: 35513227

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

98

NÚMERO **35.513.227**

RICO GARZON

APELLIDOS

MARIA EUGENIA

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-FEB-1966**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

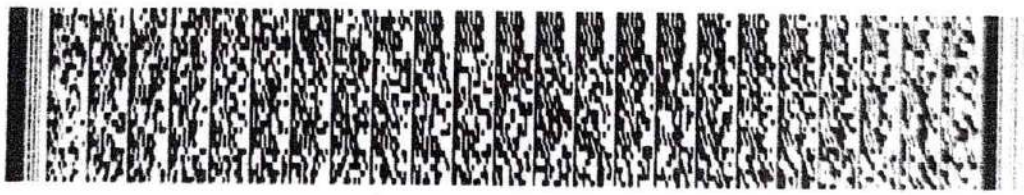
1.55 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

28-AGO-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-[illegible]01262739-F-00355132 27-20211104 0076069[illegible]A 1 [illegible]

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860063875-6
Calle 99 No. 13 - 45 Piso 1

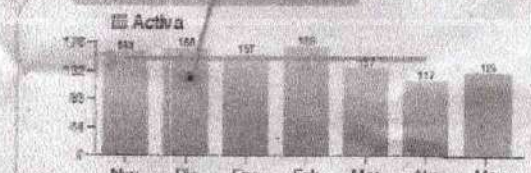
3916339-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351195400-0

BANCO DAVIVIENDA
CL 138 A SUR NO 14 I 28 IN 4 AP 602
BOSQUES DE BOGOTA 4
BOGOTA, D.C. - CENTRO USME

02 015 7308 / 072-308311





VALOR kWh APLICADO: $658,43

CONSUMO DIARIO: 4,03 kWh

VALOR DIARIO: $1.903

PERIODO FACTURADO: 28 MAR/2025 A 29 ABR/2025

DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 129 kWh

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

Crédito Fácil COOENSA, escríbenos al DM.

Oferta sujeta a políticas de The Bank of Nova Scotia, utilizará 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.creditofacilcooensa.com

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020157308
RUTA LECTURA:	10020160771
MANZANA DE LECTURA:	MS00259943
MEDIDOR NO:	072-308311
SUBCLASE:	Básica



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

601 5140355

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.

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Bancaria

Centros de Servicio

Código QR

PUNTOS DE ATENCION 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 129 # 54-38/40 Local 120-124

Línea de servicio al cliente 110

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

G: $330,401; CU: $0,26; D: $256,35; CV: $78,75; PR: $67,56; R: $23,76; CP: $6,00 / $658,43 Costo kWh libre

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 26 de enero 2006. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.

Dicho el pronunciado 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 goces 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. Contador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No.9081 de 10 de diciembre de 2002.

"Dentro el plazo de peremptoria período el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura no cuenta prima 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 058 de 2014, se dan modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, entre las y encomendadas empresas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarnos 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 conexo cumplimiento de energía eléctrica (Alcaldías de Chiquinquirá), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como medio 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 diríjanse a los canales de atención definidos por cada 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, vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 03/05/2025 00:49:41
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 15:17:36

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 158 | MICROCHIP: SI Número de : 900255002404365 | FECHA: 08-05-23

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Angel | COLOR: Blanco / Negro

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA: MESTIZO | EDAD: 8M | PESO: 3.5KG | 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: Maria Del carmen Villalba cagua | DIRECCION: kr 7 A N°99 sur 77. | TELEFONO: 3202755324

CEDULA: 27.067.052 | CORREO ELECTRÓNICO: marcavillalbacagua@gmail.com.

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

ESCOLARIDAD: Septimo | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL___

NS/NR:

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA | 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 Marzo/ 25.

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. E. | CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 141 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	0.4 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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: CC 1020604052

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

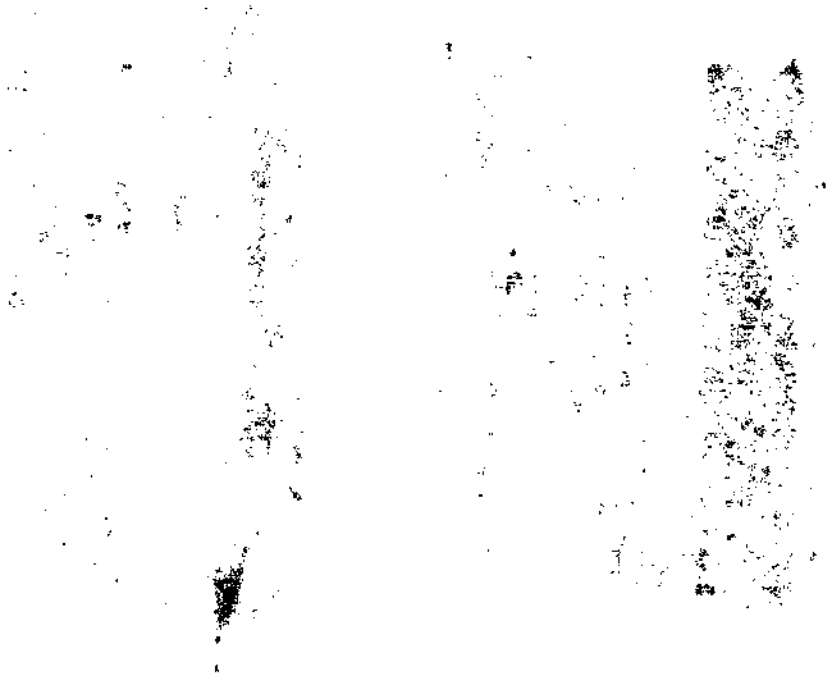
ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 21.061.052
VILLALBA CAGUA
APELLIDOS
MARIA DEL CARMEN
NOMBRES
FIRMA

99


FECHA DE NACIMIENTO 19-MAY-1966
UNE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
13-MAR-1985 UNE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
A-1500100-01242586-F-0021061052-20210701
0074819058A 2
9915690868



enel | Bogotá

99

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: **2647861-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347528033-0

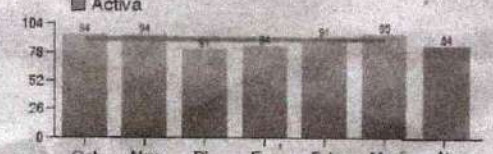
CLIENTE

PEDRO RINCON
KR 7 A NO 99 SUR 17 PI 1
B LAS FLORES LOC USME
BOGOTA, D.C. - DESARROLLO BRAZUELOS I

02 009 4714 / 074-1064920

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $843,71

CONSUMO DIARIO: 2,90 kWh

VALOR DIARIO: $1.032

PERÍODO FACTURADO: 27 FEB/2025 A 27 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 84 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 90 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encontraba 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 Enel WhatsApp 3188909003, línea de servicio 601 5 115 115 o la línea gratuita nacional 018000 812 115

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

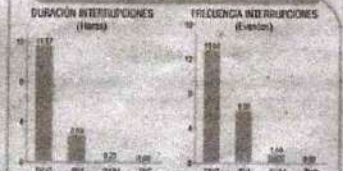
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,71
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020094714
RUTA LECTURA:	10020090731
MANZANA DE LECTURA:	MS00255631
MEDIDOR NO:	074-1064920
MEDIDOR NO:	074-1064920

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



CO 20940101 GRUPO 11 IG 0,00 MI 0,00 CIC 0,00
PERIODO 2025/02 IN 200,04 CI 56,00000 MIC 0,00 MK 1,00 %K 0,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

CONTACTANOS

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

Registrate gratis

Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/hablar-de-atencion

Zona privada de la página Web

335 890 9003 Elena Bot o paso Asesor

Enel Colombia @EnelClientesCO

App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 8140065 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios 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

dale! · MOVII · NEQUI · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · efecty · Red Reval · TODO1 · MOVIRED · Baloto

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

ÉXITO · Alkosto

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datafono. El recibo 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 # 54-30/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025
G: $361,70 T: $49,65 D: $272,98 CV: $76,39 PR: $69,09 R: $12,60 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UM07-20541101 - AREA DE TERRITORIO: PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por ed. Somos autorretenedores 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 estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

Cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2018, la cual modifico el Código de Medida, se establecieron obligaciones, atribuciones y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y 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 empresas a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Empresas de Colombia), de acuerdo con la autorización otorgada 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. Es por los cuales facturamos. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 02/04/2025 02:38:00
FECHA EXPEDICIÓN: 02/04/2025 16:13:17

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.085.812

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

af88be1d611aad70ba6e0fc8212e8bbcb22294c71e76f83f5b576e417bb2a9d0748e1b99e9e3820d101b

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: 159	MICROCHIP: 900255002405963	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: ZEUS			COLOR: Amarillo Blanco	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: MESTIZO	EDAD: 6 MES	PESO: 3 XG	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 X CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO ___ OTRO ___		

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Cecilia Torres Jaramillo		DIRECCION: Cl 91 Sur 7 Este 04	TELEFONO: 3133776724
CEDULA: 28 688 449		CORREO ELECTRÓNICO: mt3285984@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: El Nuevo Portal	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/A	ENE-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 ENE-25

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 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 X ACEPTACIÓN ___ RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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:
Martha Cecilia Torres S.	26484409

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 **28.688.449**

TORRES JARAMILLO

APELLIDOS

MARTHA CECILIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-OCT-1973**

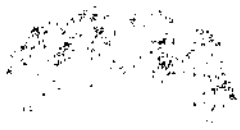
CHAPARRAL
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

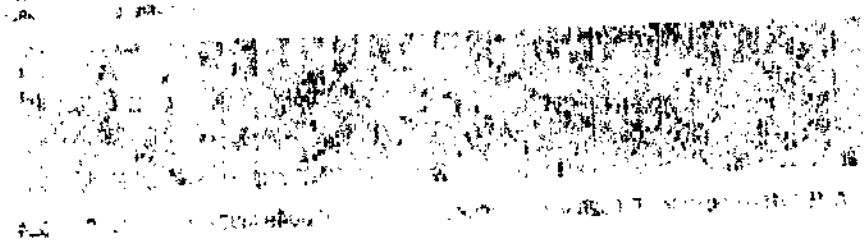
18-JUN-1992 CHAPARRAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00013842-F-0028688449-20080617 0000494835A 2 1390005324







enel | Bogotá

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

1892418-5

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347964335-2

CLIENTE

EUSTACIO ORTIZ
CL 91 SUR NO 7 ESTE 09 PI 2
PISO 2
BOGOTA, D.C. - EL NUEVO PORTAL

03 018 4068 / 141-4225652041

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

Nuevo canal / Formulario online:

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa

Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
234	95	155	116	120	170	161

VALOR kWh APLICADO: $843,71

CONSUMO DIARIO: 5,35 kWh

VALOR DIARIO: $2.578

PERIODO FACTURADO: 25 FEB/2025 A 28 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 22

CONSUMO MES 161 kWh

Lea aquí cuenta de cobro a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	109003019406
RUTA LECTURA:	109003180089
MANZANA DE LECTURA:	M309261686
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

CONTACTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Desde un fijo 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

Red CADE

Cuentas de Servicios

Alianzas de Cadena

Código QR

PUNTOS DE ATENCION ASEO

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

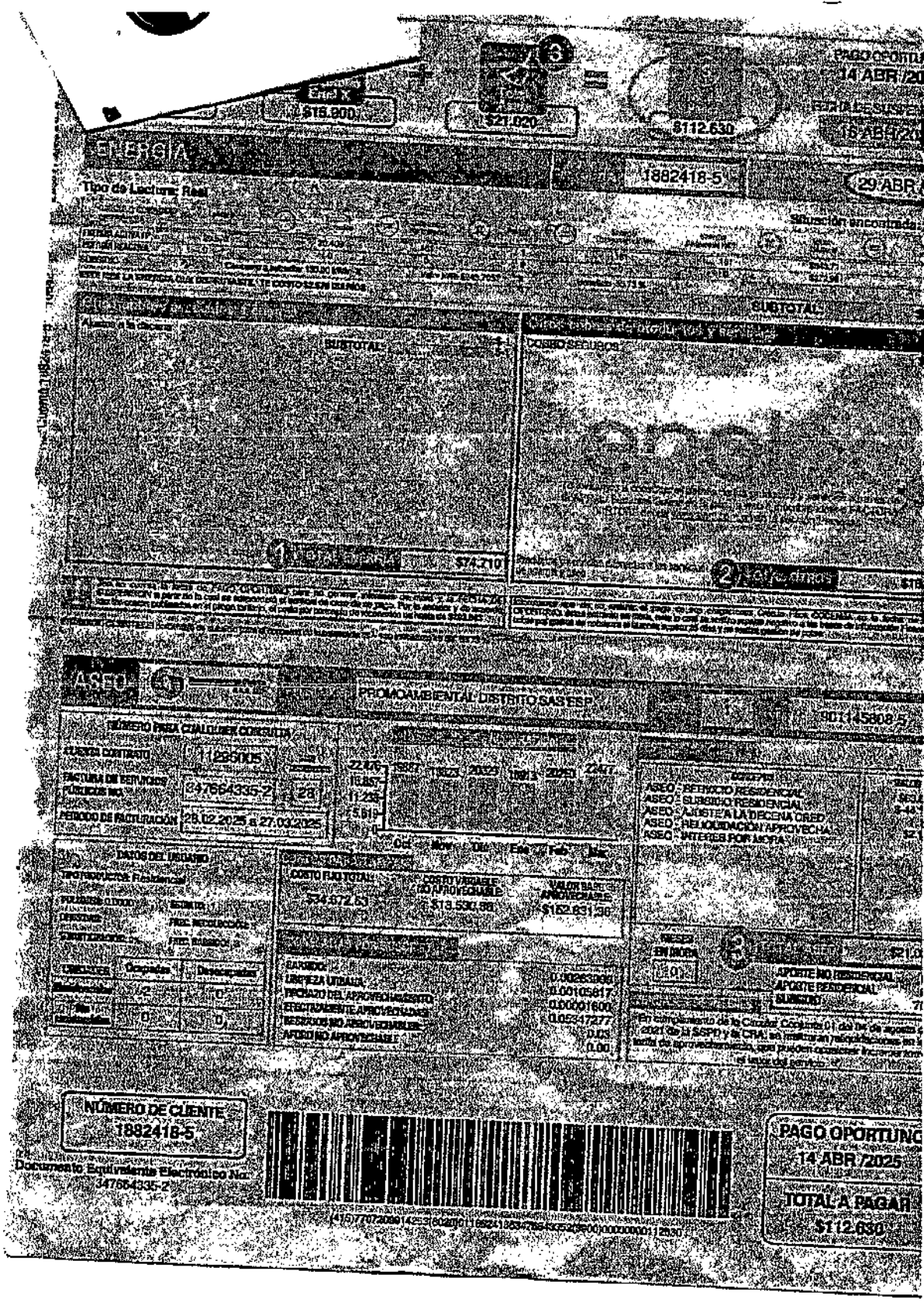
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6 B - 20

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54 35/40 Local 125

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025
G: $381,70 T: $49,05 D: $272,08 CV: $76,30 PR: $69,08 R: $12,00 CP: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

FECHA GENERACIÓN 03/04/2025 03:17:
FECHA EXPEDICIÓN 03/04/2025 18:33:


$16.900
$21.020
$112.630
PAGO OPORTUNO
14 ABR /20
ENERGÍA
1882418-5
Tipo de Lectura: Real
29 ABR
SUBTOTAL
$74.710
ASEO
PROACAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP
NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA
1129005
347664335-2
28.02.2025 a 27.03.2025
Datos del Usuario
Información Financiera
NÚMERO DE CLIENTE
1882418-5
Documento Equivalente Electrónico No:
347664335-2
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: 160 | MICROCHIP: SI Número de Mic: 900255002182714 | FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES X PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dacota Niño			COLOR: Blanco - Negro	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 2 años	PESO: 3-4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Octaviano Niño Echeverri	DIRECCION: cll 106 Sur # 5a-21		TELEFONO: 3117181494
CEDULA: 15.898.685.	CORREO ELECTRÓNICO: 3117181494@sincorreo.		
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	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
NA	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 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: 28 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °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 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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:
Octaviano Nino E.	1015498685

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

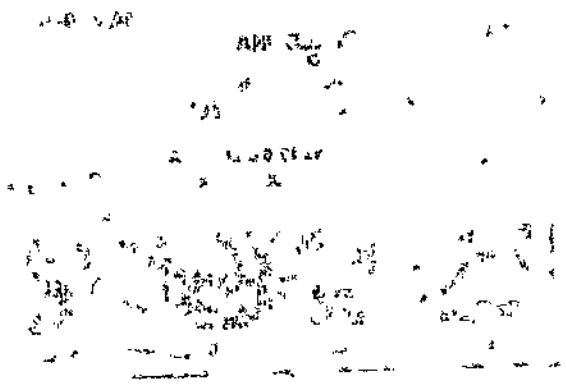
ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

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
15.898.685
APELLIDOS
NIÑO ECHEVERRI
NOMBRES
OCTAVIANO
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
20-MAR-1955
PALESTINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
17-ENE-1976 CHINCHINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500105-42120578-M-0015898685-20040719
05338041968 02 150159586



enel | Bogotá

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

Para pagar y consultar tu número de cliente es: **1072258-3**

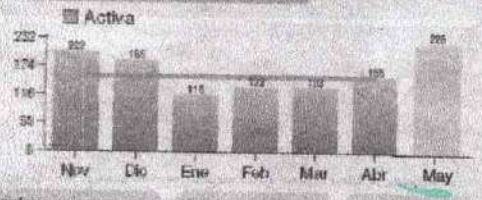
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351151963-7

CUENTA

MARIA L GARZON M
CL 105 SUR NO 5 A 21
BOGOTA, D.C. - ANTONIO JOSA, DE SUCRE

02 001 4871 / 018-25012765

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $555,43

CONSUMO DIARIO: 7,03 kWh

VALOR DIARIO: $4.083

PERÍODO FACTURADO: 28 MAR.2025 A 28 ABR.2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 225 kWh



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

Crédito Fácil COOENA exclusivamente al ciudadano

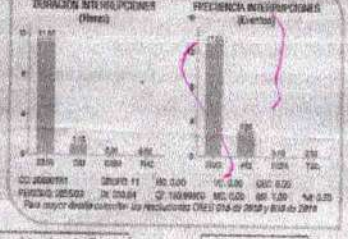
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000030014871
RUTA LECTURA:	10020010669
MANZANA DE LECTURA:	MS00257131
MEDIDOR NO:	018-25012765
SUBCLASE:	Básica

DISCIPLINA DE LA ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Digital

Centros de Servicio

Código QR

PUNTOS DE ATENCION 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 B-40 Local 128

Línea de servicio al cliente 110

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

ESTUDIO ECONOMICO 9614 Comercialización de Energía Básica Tarifa 1,04 por ser: Bienes autoretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 019 DE 1996.

FECHA GENERACIÓN 03/05/2025 00:16:32
FECHA EXPEDICIÓN 03/05/2025 13:49:09

CUDE: bda48f2da1d27f0f0da3b244e6e8f4dd4d9f34e6e8f4dd4da0981790f8b8e87f0c01e954f0ae8f5a077772f548f058fc951e95

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: 161	MICROCHIP: Expiry – Date: 2029/11/11 900255002182374	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sol			COLOR: Marron / beige
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Siames	EDAD 3 años	PESO: 4.3 KG / MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR___ CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO___ OTRO___

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO X ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Judith cardoso Caporca	DIRECCION: Calle 101A sur 3A-42	TELEFONO: 3205728203
CEDULA: 28649673	CORREO ELECTRÓNICO: 3205728203@sm.correo	
BARRIO O VEREDA: Antonio Jose de 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: NR	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: Diciembre 2024	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa Diciembre 2024.
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: 27 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 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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:
Judith Cordoba C	2864673

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:

01



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 28.649.673
CARDOSO CAPERA
APELLIDOS
JUDITH
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-MAR-1979
COYAIMA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
28-AGO-1997 COYAIMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
ÍNDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01128619-F-0028649673-20200127 0069794016A 1 9911628640



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 varios cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Banco AV Villas · GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Eys/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.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 704822072004

¡Hola!

JUDITH CARDOSO
CL 104A SUR 3A 42 02 00001 - ANTONIO JOSE SUCRE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120210003761440

Lote: P07GN **Ruta:** 0011640154510005000 **Código del Sector:** 110

Cuenta o referencia de pago **63643404**

vanti Listo

Colpensiones

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

110 0011640154510005000 P07GN

Grupo Vanti Comunica:

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

www.grupovanti.com

Publicidad y marcas de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Comprimido S.A. E.S.P., Transmetano S.A. ESP, Biogás S.A. ESP.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Factura de gas

Marzo 2025

Cuenta de referencia de pago: 63643404

vanti

Mas fuerzas de tu lado

efecty

www.efecty.com.co

Fechas importantes

1) Paga 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 ($)	IVA (C)	Subtotal $=(A*B)+C$
CONS. CON SUBSIDIO	8 M3	3.167,29	0,00	25.338,24
MENOS SUBSIDIO -(53%)	1 UN	13.948,18	0,00	13.948,18
AJUSTE DECENA	1 UN	0,06	0,00	0,06
Vanti Max	1 UN	11.924,37	2.266,63	14.190,00

1 Total $26.180,00

Tus financiaciones

Fecha de factura/Concepto	Cuota Nº	Capital $=A$	Intereses $=B$	Subtotal Cuota

2 Total $0,00

Valor facturas vencidas

$0,00

Total a pagar (1 + 2 + 3) $26.180,00

Paga por:

Tus últimos consumos

Datos de medición

Uso Residencial — Estrato 4 — Unidad de cobro: m3

Fecha	Lectura	Tipo
10 Feb. 2025	539	REAL
10 Mar. 2025	547	REAL

m³ consumo = 547 - 539 · Factor de corrección = 8

Tu próxima lectura será

Entre el 9 y el 10 de Abril

Novedades de tu factura

Deuda $ 2025.91

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 30 Sep. 2026

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

Dic. $2362 · Ene. $2480 · Feb. $3371

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



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: 162	MICROCHIP: SI / NO: 900255002182459	FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Negrito			COLOR: Negro / blanco	
ESPECIE: CANINO___FELINO X	SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA Criollo	EDAD 8 Meses	PESO: 4.2 KG
MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X				
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___CONCENTRADO___ MIXTO X OTRO___		

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO___COMPRADO X ADOPTADO___REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Lorenis Fuentes Garcia		DIRECCION cll 93b Sur 8C-44	TELEFONO 3209825334
CEDULA: 1067 600. 692		CORREO ELECTRÓNICO: fuentelorenis2@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Bellavista	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional	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	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 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 PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA: 149 l/m	F. RESPIRATORIA: 26 r/m	TEMPERATURA: 38-5 °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 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	Dra. Laura Abaunza TP.22928	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: 1067600692

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

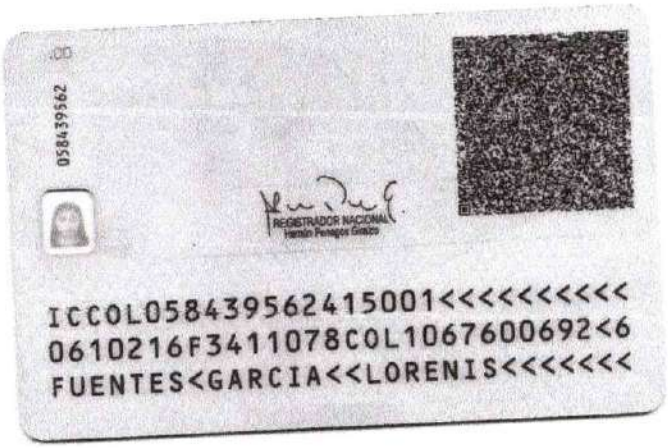
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

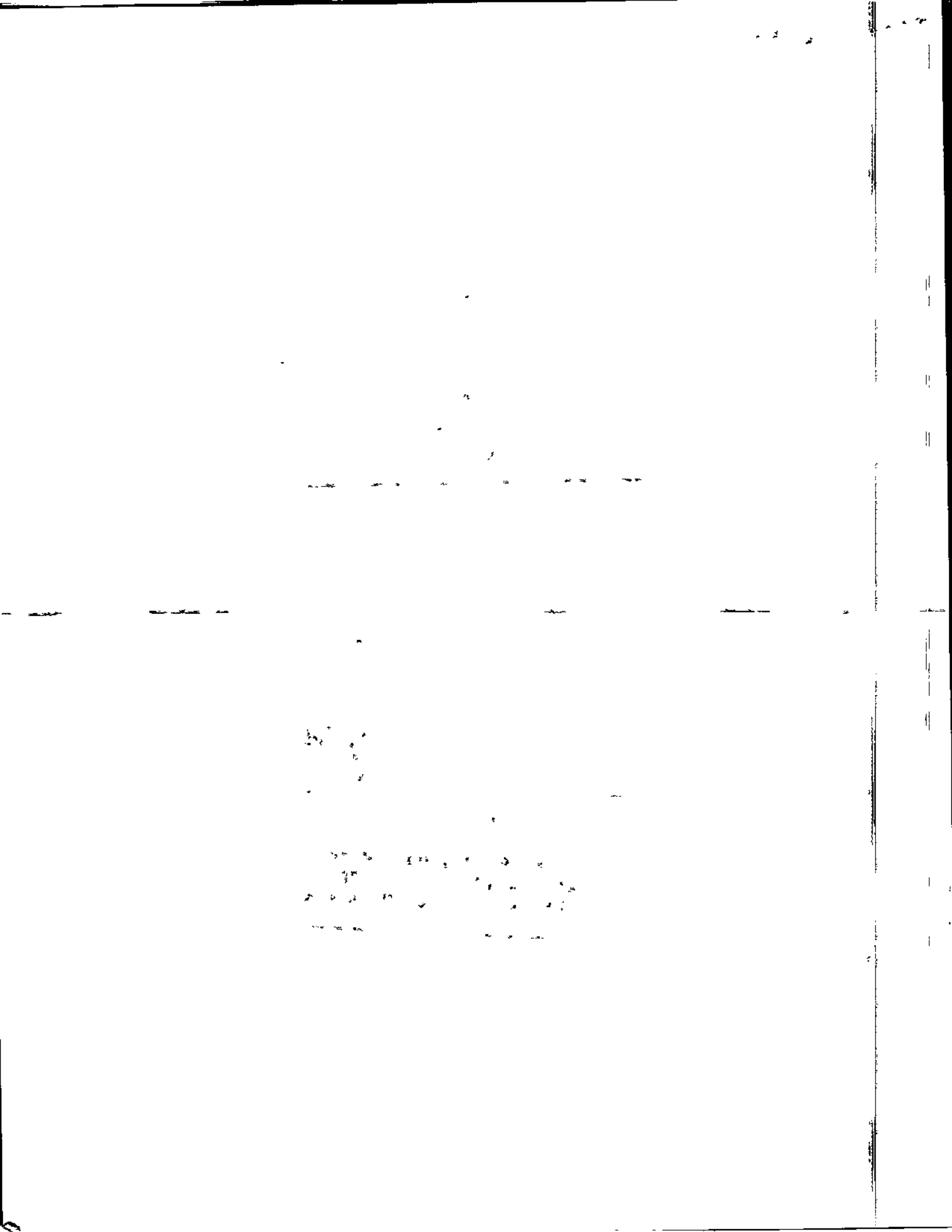
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

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
Apellidos
FUENTES GARCIA
NUIP 1.067.600.692
Nombres
LORENIS
Nacionalidad
COL
Estatura
1.60
Sexo
F
Fecha de nacimiento
21 OCT 2006
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
VALLEDUPAR (CESAR)
Fecha y lugar de expedición
07 NOV 2024, BOGOTA D.C.
Firma
Fecha de expiración
07 NOV 2034


CO
0584395562
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL0584395624150O1<<<<<<<<<<
0610216F3411078COL1067600692<6
FUENTES<GARCIA<<LORENIS<<<<<<<



tu factura
100% digital

Agenda ahora y PAGA DESPUÉS

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

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

Agenda ya en grupovanti.com y paga después

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

PSE Botón Bancolombia

Nequi Daviplata Dale!

*Para ello adicionalmente inscríbete a débito automático

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banca BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banca Davivienda
Red Caja Social
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, principales causantes 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

¡Hola!

CRISTINA HERRERA
CL 93B SUR 80 44 , BELLAVISTA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 6077101100570

Lote: P02GN Ruta: 0011640076080005000 Código del Sector: 100

Cuenta o referencia de pago 61527581

vanti Pista

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.656.640

vanti Pista

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 tu moto

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7 a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 2 p.m.

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8121
Envigado (604) 285 4765

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4144

Mi Vanti en línea
https://miturgrupovanti.com/

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para atenderte como lo dicta la Ley 2300 de 2023

Factura de gas

Abril 2025

Cuenta o referencia de pago **61527581**

BOGOTÁ

vanti

Más formas de avalizar

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	7M3	3.309,16	0,00	23.164,12
MENOS SUBSIDIO (42%)	1UN	-9.791,47	0,00	-9.791,47
AJUSTE DECENA	1UN	-2,65	0,00	-2,65

1 – Total **$13.370,00**

Tus financiaciones

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

2 – Total **$0,00**

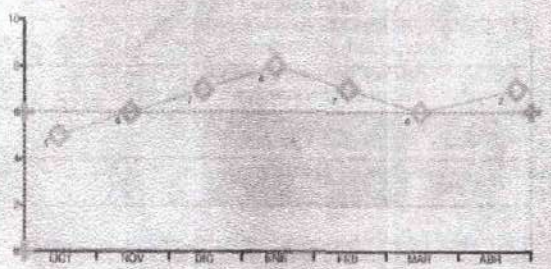
3 – Valor facturas vencidas **$0,04**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$13.369,96**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
03 Mar. 2025	6379	REAL
02 Abr. 2025	6388	REAL

m³ corregido= 6388 - 6379 * Factor de corrección = 7

Tu próxima lectura será Entre 01 y el 06 de Mayo

Novedades de tu factura

CuVa $ 2942.68

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Dic. 2028

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones CREG 067 de 2012 y 42388 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: 1692.69 Tm: 573.01 Dm: 621.53 Cm: 0.0
Pr: 66.71 Cvm: 0.0 Cvfm: 0.0 Cvum: 0.0
Cos: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mgm: Tu consumo en m³ de gas equivale: 83 kWh y el precio unitario del kWh es: $161.116

Factor de corrección

Vm: 9 Pb: 0.76727 Kt: 1.00505 Pc: 0.77114
Vc: 7 Tm: 14.11 Tc: 15.56 Pz: 1.01008
Fpv: 0.792 Pm: 0.003 Fpv: 1.0
Factor de corrección: 0.77114

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPR: 100.0



(415)7709996026025(8020)61527581(3900)00000000013370

Emitido y/o avalado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 8111001000-5. VANTI S.A. E.S.P. 901.007.813-6 - Revisor Fiscal Deloitte & Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art.130 de la ley 142 de 1994

Sujeto a retención en la fuente según Resolución 000203 Diciembre 27/2024. Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4589 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18761010418567 del 31/05/2025. Prohibida enajenación ante N° 5000000001 hasta 10.000.000.000 con vigencia de 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 163	MICROCHIP: SI Núme 900255002182451	FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Don Gato			COLOR: blanco/Amarillo	
ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA Criollo	EDAD 8 Meses	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___ MIXTO X OTRO___	

ORIGEN: NS/NR___RESCATADO___COMPRADO___ADOPTADO X REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO:___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Deyvi Morales Quintin	DIRECCION Cll 62 Sur # 4-27	TELEFONO 3229245337
CEDULA: 80.254.085	CORREO ELECTRÓNICO: 3229245337 @ sin correo	
BARRIO O VEREDA Usminia	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: 8vo 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 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: Febrero 2025

4. EXAMEN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 143 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.7°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.)	0.7 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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: 80254085

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

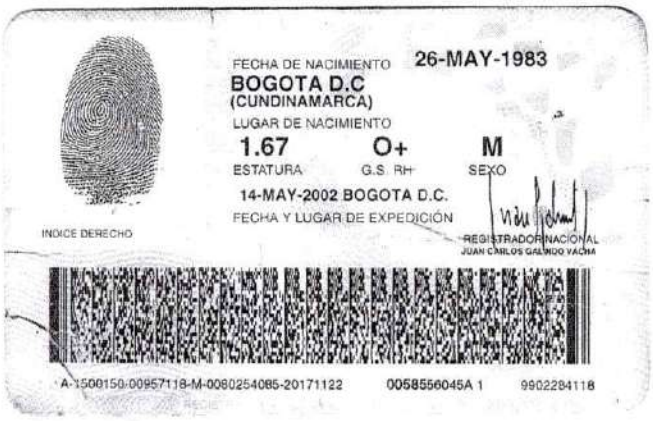
ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 80.254.085
MORALES QUINTIN
APELLIDOS
DEYVI
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-MAY-1983
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-MAY-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00957118-M-0080254085-20171122 0058556045A 1 9902284118

146

enel Bogotá

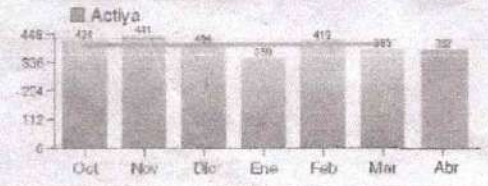
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-9
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

CLIENTE

MARIA M QUINTIN
CL 102 SUR NO 9 27
BOGOTA, D.C. - USMINIA

02 010 4586 / 065-1004381

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $543,71

CONSUMO DIA 13,17 kWh

VALOR DIARI $9.006

PERÍODO FACTURADO: 27 FEB/2025 A 27 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 382 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020104586
RUTA LECTURA:	10020100575
MANZANA DE LECTURA:	MS000S3663
MEDIDOR NO:	065-1004381
MEDIDOR NO:	065-1004381

CALIDAD DEL SERVICIO



ZONA PRUEBA DE LA PAGINA 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, Tarjetazo Banco, Débito Automático, Cupón Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: dale!, MOVII, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONFECOOP, efecty, El Royal, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: ÉXITO, ARA

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el diligenciamiento del depósito. 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: $60,05 D: $272,08 CV: $70,28 PR: $69,69 R: $12,90 CP: $0,00 * $543,71 Costo kWh Mes

GRUPO, EL CRÉDITO: UNOT 2020TRS - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 9514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0517 de 29 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 de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, desde Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos gravados comprobante según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2009.
"Sobre efecto de suspensión proceso 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 venta presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
de cumplimiento de la resolución CREG 156 de 2011 disponible www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014 la cual modifica el Código de Medida, se estableciéron aplicaciones, activaciones 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, Antes de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de facturación para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargo de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como medio 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 860063875-9, Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: 712fb9b09f6041f49e66c1a341f2046f2d6233ffdbe4bfbe6f66dabe43b67c8fba0b9f14ad163a1bfd1d805fd8e0f15df0f8f85054

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S. NIT 830.048.907-1

Punto de pago

RECIBO DE PAGO

Fecha de pago: 13/04/2025 **Hora:** 18:16:10

Id comercio: 23260 **No. Terminal:** 306733

Id Trx: 67822180 **Id Aut:** 822180

Comercio: PLATIK - MISCELANEA Y PAPELERIA LUNA

Dirección: CR 7 102 22 SUR

RECAUDO DE FACTURAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Tipo de operación: Recaudo de Facturas

Convenio: ENEL CODENSA - VIRTUAL

Código convenio: 0000001218403

Referencia 1: 0929030

Valor: $ 382.530

Costo Transacción: $ 0

Total: $ 382.530

ORIGINAL

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Línea de atención personalizada: #688
Mensaje de texto: 85888

En este Punto DaviPlata Corresponsal Bancario Davivienda usted podrá meter y sacar plata de su DaviPlata

Punto De Pago

Punto DaviPlata - Corresponsal Bancario Davivienda

Proveedor 1

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 103-104

Línea de servicio al cliente #10

FECHA GENERACIÓN: 02/04/2025 02:29:43
FECHA EXPEDICIÓN: 02/04/2025 16:04:15

146

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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

HC Número de Historia clínica: 164	MICROCHIP: 900255002182482	FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zeus			COLOR: Amarillo/blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA criollo	EDAD 8 Meses	PESO: 3.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___		

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angel morales quintin		DIRECCION cll 102 sur #9-27	TELEFONO 3212546096
CÉDULA: 79.492 007		CORREO ELECTRÓNICO: angelmorales1888@gmail.com	
BARRIO O VEREDA usminia	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: bachiller NS/NR:___	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/R.	Febrero 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 Febrero 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 FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDÍACA: 146 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 r/m	TEMPERATURA: 38.8 °c	TLLC: 2 ss	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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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:
Diego Alexander Ortiz Ortiz	2.9.4.9.2.0.0.7

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 79.492.007

MORALES QUINTIN

APELLIDOS

ANGEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-FEB-1970

CABRERA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-AGO-1988 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00559392-M-0079492007-20140401 0037789107A 1 1982816484

enel Bogotá

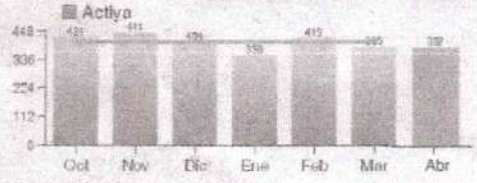
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT. 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

CLIENTE

MARIA M QUINTIN
CL 102 SUR NO 9 27
BOGOTA, D.C. - USMINIA

02 010 4586 / 065-1004381

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $843,71

CONSUMO DIA 13,17 kWh

VALOR DIARI $9.006

PERIODO FACTURADO: 27 FEB/2025 A 27 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 382 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020104586
RUTA LECTURA:	10020100575
MANZANA DE LECTURA:	MS00253883
MEDIDOR NO:	065-1004381
MEDIDOR NO:	065-1004381

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG vigentes de 2018 y 2019 en www.creg.gov.co

OTRAS FORMAS DE PAGO

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: daviplata, MOVII, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONFECOOP, efecty, Red, SUPERGIROS, MOVIRED, Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: SUPERTIENDAS OLIMPICA, MAKRO

Código QR

El pago en un corresponsal bancario, exige el desprendimiento del desprendible. 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: $40,85 D: $272,58 CV: $70,39 PR: $69,80 R: $12,50 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 01 CIRCUITO: 10021-20220701 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3511 Comercialización de Energía Regulada Tarifa 11,04 cer mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 28 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 019 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 dentro 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 0084 de 10 de diciembre de 2002.

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

Esta factura da 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 2018, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron estándares, 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 ofrece el servicio de bloqueo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aceptación de esta 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 acuerdos, por favor diríjanse 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: 712f5d9b0962414f9e65c1a34ff2846962f9633ffdbe4bfa266bbbe43d87c6b0091ad163a6f9fd39f5dfda9f115cf0bf8f5054

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P	TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P	Avenida Boyacá # 6 B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-30/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

FECHA GENERACIÓN: 02/04/2025 02:29:49
FECHA EXPEDICIÓN: 02/04/2025 16:04:15

Factura impresa con Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S. NIT 800.058.607 Proveedor 1

Punto de pago

RECIBO DE PAGO

Fecha de pago: 13/04/2025 **Hora:** 18:16:10

Id comercio: 23260 **No. Terminal:** 306733

Id Trx: 67822180 **Id Aut:** 822180

Comercio: PLATIK - MISCELANEA Y PAPELERIA LUNA

Dirección: CR 7 102 22 SUR

RECAUDO DE FACTURAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Tipo de operación: Recaudo de Facturas

Convenio: ENEL CODENSA - VIRTUAL

Código convenio: 0000001218403

Referencia 1: 0929030

Valor: $ 382.530

Costo Transacción: $ 0

Total: $ 382.530

*****ORIGINAL*****

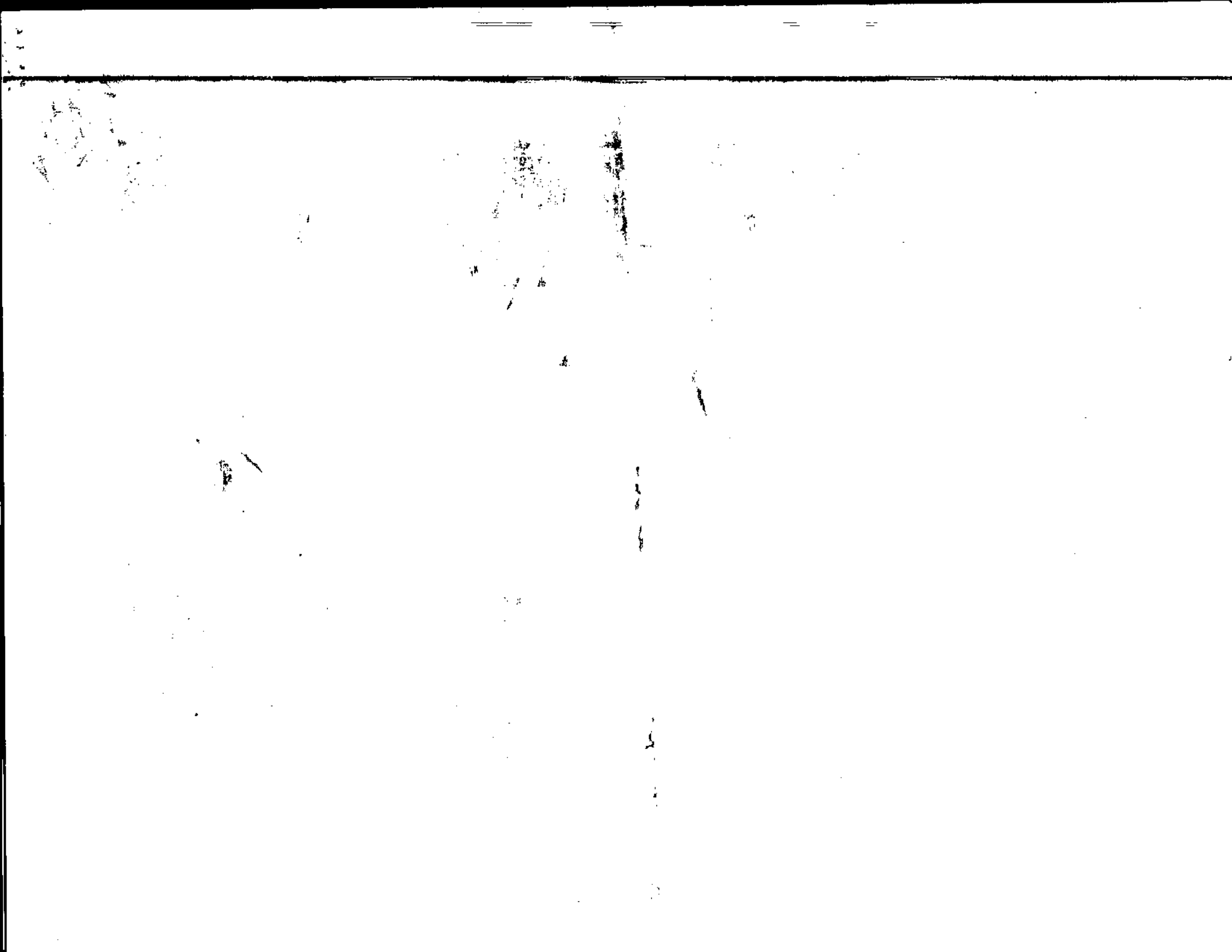
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

Línea de atención personalizada: #688
Mensaje de texto: 85888

En este Punto DaviPlata Corresponsal Bancario Davivienda usted podrá meter y sacar plata de su DaviPlata

Punto De Pago

Punto DaviPlata - Corresponsal Bancario Davivienda



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: 165	MICROCHIP: SI / Número de MK: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002404657	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zeus				COLOR: Amarillo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: Joven	PESO: 4-3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Adriana Andrade Ayo	DIRECCION: Cll 104 Sur # 5-06	TELEFONO: 3133338313
CEDULA: 1.117.515.856	CORREO ELECTRÓNICO: luna.12.adri@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Usminia	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-D	Enero-20-25	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 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: 147 l/m	F. RESPIRATORIA: 21 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 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	Dra. Laura Abatinza TP.22926	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:
Adriana Andrade Ayala	1.117.515.856

Yo,_____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariobisterectomía / 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 1.117.515.856

ANDRADE AYA
APELLIDOS

ADRIANA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-DIC-1990
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-DIC-2008 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-4400100-00155033-F-1117515856-20090423 0010980806A 1 26609590

818

enel | Bogotá

ENEL-COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860063875-5
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas su número de cliente es: **0928471-0**

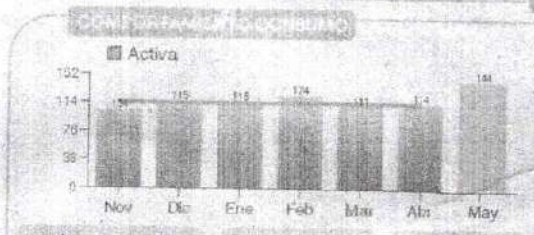
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351212726-7

ORLANDO PEA
CL 104 SUR NO 5 06
BOGOTA, D.C. - USMINIA

02 001 4413 / 018-25012555

¿Cuál es tu factura virtual? Escanea el código





VALOR kWh APLICADO $886,43

CONSUMO DIARIO: 4.80 kWh

VALOR DIARIO: $1.910

PERÍODO FACTURADO: 28 MAR 2025 A 28 ABR/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 144 kWh

¿Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR:
$ 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.

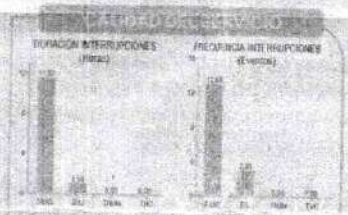
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	1.95
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000000014413
RUTA LECTURA:	1002001819
MANZANA DE LECTURA:	M5000253813
MEDIDOR NO:	018-25012555
SUBCLASE:	Básica

TIP DE AHORRO Y USO EFICIENTE

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

HISTÓRICO DE CALIDAD



CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enelcomunidad.co/personas/radicadores
Chat de servicio en enelcomunidad.co/personas/chat-de-atencion
326 590 5000 Elena Bot o paso Asesor
@EnelClientesCO
Ring ring estoy aquí
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

EMERGENCIAS	PQR	DENUNCIOS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140055 denuncias@enel.com

www.enel.com.co/es/personas/tiefs/ecor-clientes
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Oficinas virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Canales Electrónicos, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Daviplata, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONEXRED, efecty, Gana, Servibanca, Multired, Su Red, Baloto

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Olímpica, Makro

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A 23
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 # 94-35/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

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

G: $238,40 T: $56,25 D: $283,20 CV: $78,76 PR: $67,90 R: $22,76 CP: $0,00 / $456,43 Costo kWh libre

GRUPO: 11 CIRCUITO: UMI2-2057 TD: NIVEL DE TENSION: Primario2 Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3511 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mi. Costos estandarizados según Resolución No. 0147 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 dichos anexos 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 gratuitos contribuyentes según resolución No 0061 de 19 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 dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a esta fecha, de otro modo, perderá efectividad de conformidad con el artículo 129 de la ley 142 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG156-11 consulte www.eoh.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 031 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, acreditables y responsabilidades asignadas 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 prestó el servicio de energía para terceros a partir de la apertura del servicio público domiciliario de energía. Dichos Encargos de Comercio, por encargo por la acreditación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como cobro 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 relacionado con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención dispuestos por dichas Empresas.

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. 860.063.875-5. Empresa vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 03/05/2025 00:13:58
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 13:34:10

CUDE: ae167b3ed474f8056ba91e9ec4589880d7870015f49a4f1b0875717d6d761edec4d6f33fb1ea1b9c8ebac779a6d16

Factura impresa por Calvalid datos para la Comunicación SAS NIT 900.096.111 - Nombre del SW: CENFacturas - NIT 900.021.151-0 - Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC

325

118

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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

HC Número de Historia clínica: 166 | MICROCHIP: SI / Número de Microc: 900255002182723 | FECHA: 08-05-23

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mono | COLOR: amarillo

ESPECIE: CANINO___FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA: MESTIZO | EDAD: 5años | PESO: 4.3 KG | MANEJO ESPECIAL: SI___NO X

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

ORIGEN: NS/NR___RESCATADO X COMPRADO___ADOPTADO___REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Patricia Orjuela Garzon | DIRECCION: Calle 109 Sur - 4 27 | TELEFONO: 3008815739

CEDULA: 52 431 377 | CORREO ELECTRÓNICO: Sanaug@gmail.com.

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

ESCOLARIDAD: Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: CASA___APTO___RURAL___ NS/NR:

3. ANAMNESIS

Buen Estado de Salud.

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

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m | F. RESPIRATORIA: 26 r/m | TEMPERATURA: 38.6 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	DIAZINA	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. Juan G. Herrera T.P 22925	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: Ana Patricia Orjuela	Nro de Identificación: 52 481 314

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

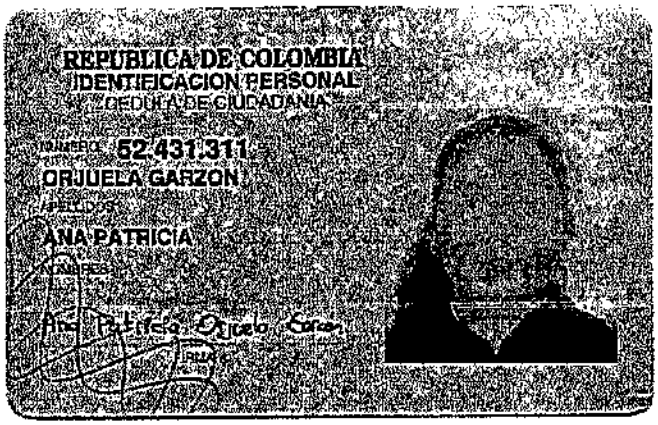
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

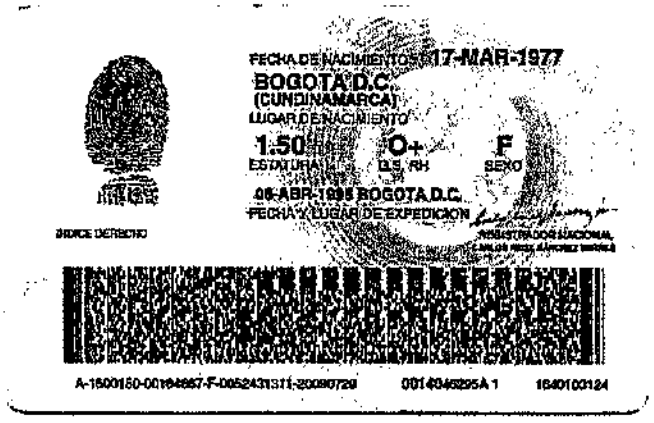
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

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 52.431.311
ORJUELA GARZON
APELLIDOS
ANA PATRICIA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-1977
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
06-ABR-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-1500150-00194667-F-0052431311-20090729 0014046295A 1 1640100124



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

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

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: 167	MICROCHIP: SI Número de M: 900255002406208	FECHA: 08-05-25.

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dominic	COLOR: amarillo /Blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 14M.	PESO: 4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Marta Higinia ortiz	DIRECCION Kr 74 I N° 736 Asuc 75	TELEFONO 3132427730
CEDULA: 41705549	CORREO ELECTRÓNICO: 3132427730 @sin correo	
BARRIO O VEREDA: Centro USME	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Tercero	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 149 l/m	F. RESPIRATORIA: 23 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 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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:
[illegible]	41205549

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 **41.705.549**

ORTIZ

APELLIDOS

MARIA HIGINIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-JUL-1957
VIOTA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

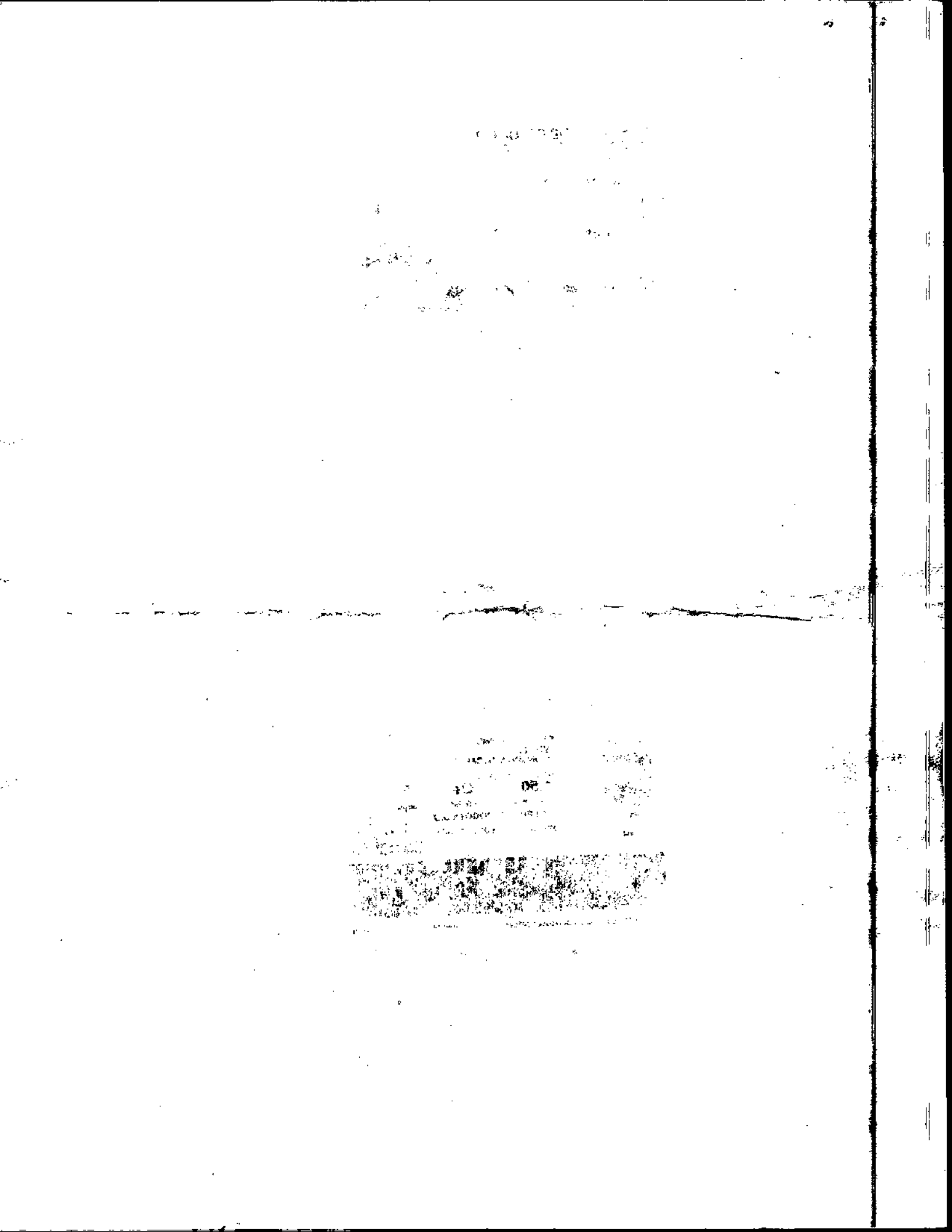
1.50 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

09-FEB-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00828205-F-0041705549-20160518 0049801403A 1 1233919461

225



enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 99 No. 13 – 45 Piso 1

6103214-7

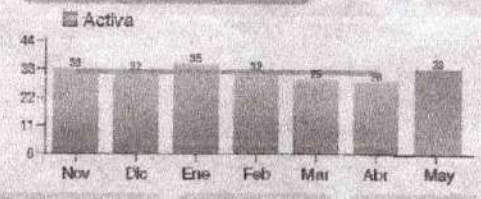
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351214294-6

CLIENTE

CONSTRUCCIONES CIRO CHIPATECUA SAS
KR 14 I NO 136 A SUR 75 TO 10 AP 103
BOGOTA, D.C. - CENTRO USME

02 015 7688 / 075-231545

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR KWh APLICADO: $688,43

CONSUMO DIARIO: 1.03 kWh

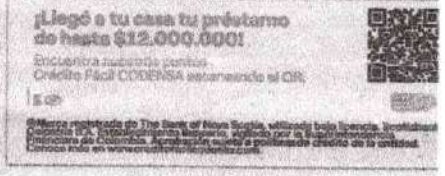
VALOR DIARIO: $990

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 33 kWh





Línea exclusiva para reportar la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	160000220157668
RUTA LECTURA:	160031161151
MANZANA DE LECTURA:	MB00359843
MEDIDOR NO:	075-231545
SUBCLASE:	Básico



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas.

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

Línea de servicio al cliente 116

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 Bogotá # 6-B - 59
ARSA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-38/40 Local 123

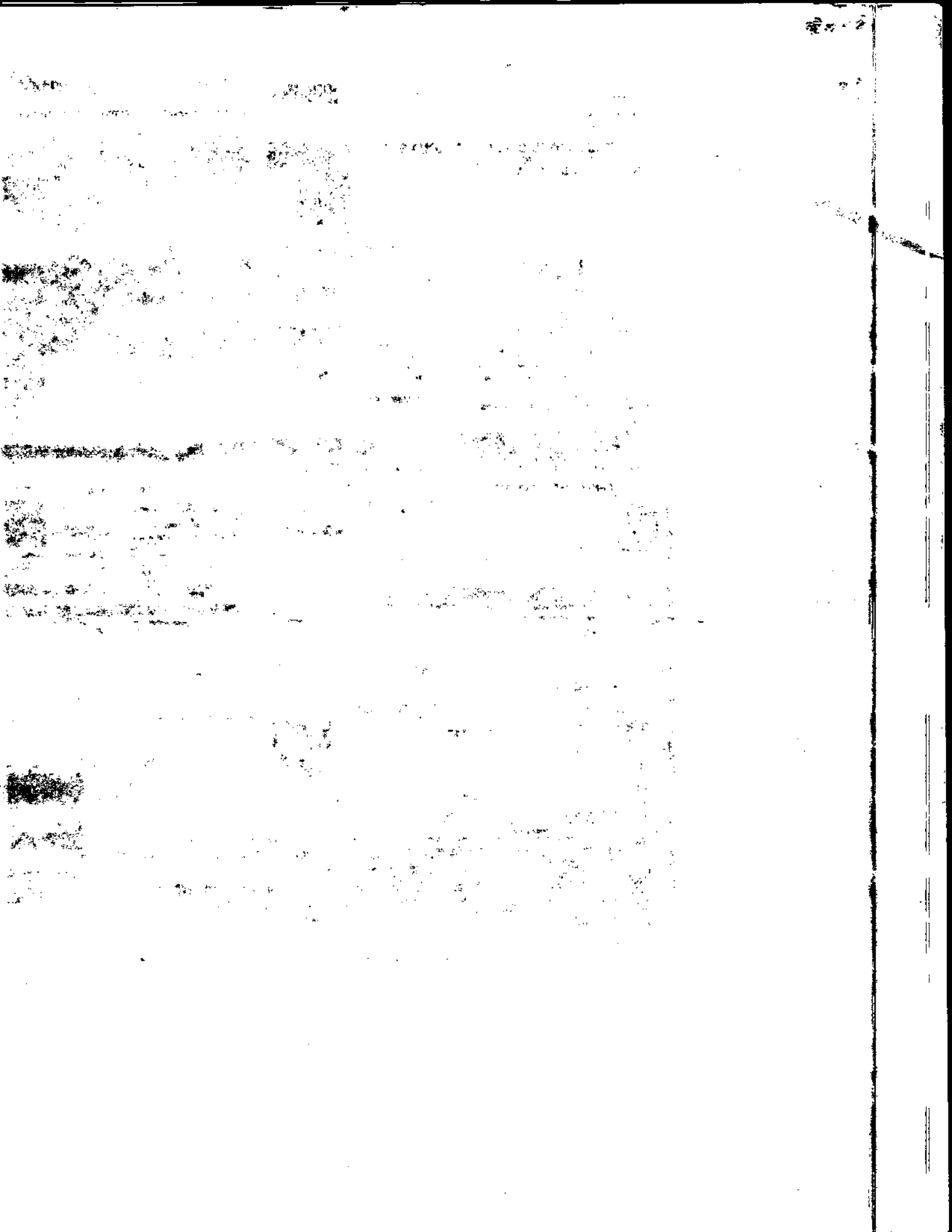
COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: MAR/2025

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 ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese 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. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0001 de 10 de diciembre de 2020.
"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa dentro a la suspensión del servicio."
Esta factura da cuenta prueba plena ejecutiva de conformidad con el Artículo 130 de la Ley 142/1994
En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consulte: www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2014, la cual modifica 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 consultarlo 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. E.S.P. presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio pactos domiciliario de energía eléctrica (Ejemplo de Cubensa), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente sobre el valor de la factura como cuenta de cobro. 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 servicios, por favor diríjanse a las oficinas de atención autorizo por cada Empresa.
El recaudo del servicio no 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. Estará vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: a0064e5999269f9931d1fd6e6067d1643d49a9a8e60d6548d8c1904395f82d9eb3e9a770797f9fbb173ff5f0d59e8b42dc1b9aa7

PECHA GENERACIÓ 03/05/2025 01:05:0
FECHA EXPEDICIÓN 03/05/2025 13:43:1

115



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 168	MICROCHIP: SI Número de MR 900255002404361	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Michi			COLOR: Pardo / Gris	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 6M	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: Wendy Lorena Pira Figueroa	DIRECCION cl 105 sur N 709	TELEFONO 3118735190
CEDULA: 1022999720	CORREO ELECTRÓNICO: wendy.pira-78@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Usminia	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-A	Feb/25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: Feb/25 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa Feb/25

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 2 seg	MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: ———				

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM
	XETAMINA	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 esta documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histesectomía/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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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 ésto 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:
Wendy Carina Prieto CC 1022999120	CC 1022999120

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

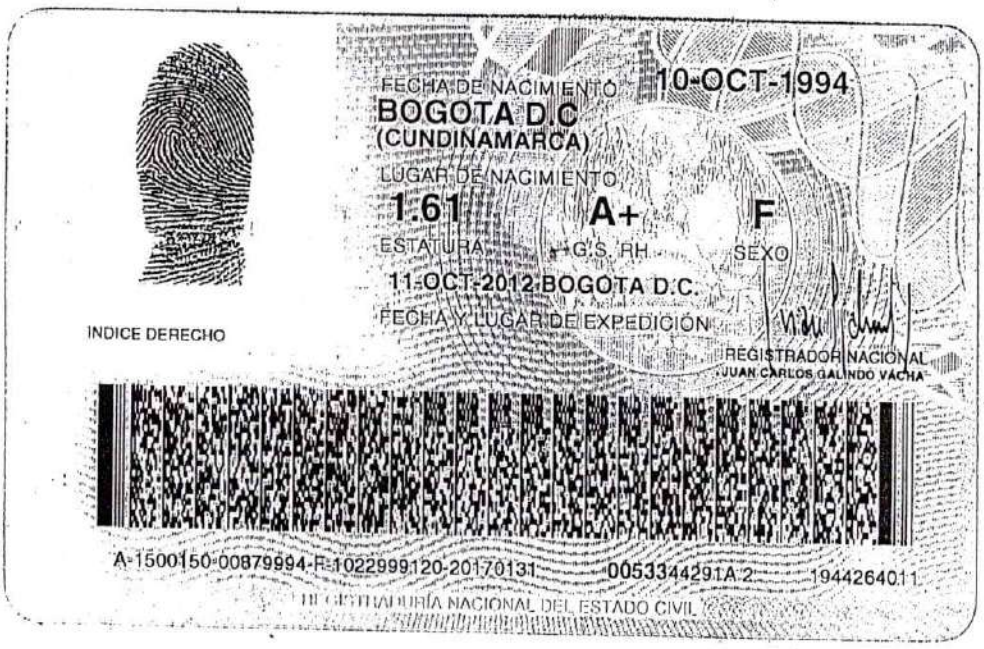
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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 1.022.999.120
PIRA FIGUEROA
APELLIDOS
WENDY LORENA
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1994
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
11-OCT-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
A-1500150-00879994-F-1022999120-20170131
0053344291A 2
1944264011
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

enel | Bogotá

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: **0010220-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347499780-8

CLIENTE

LUIS ALFREDO PALACIOS GOMEZ
CL 105 SUR NO 7 09
BOGOTA, D.C. - USMINIA

02 010 4350 / 057-1274255

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

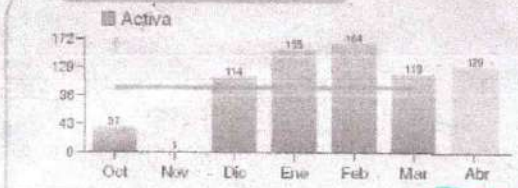
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, informamos que hemos actualizado nuestros canales de atención para consultas y reclamos sobre el tratamiento de tus datos personales.

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

También puedes actualizar comunicándote a través de Enel WhatsApp 316 890 8003. Línea de servicio 8015 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: 4,45 kWh

VALOR DIARIO: $1.661

PERÍODO FACTURADO: 27 FEB/2025 A 27 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 129 kWh

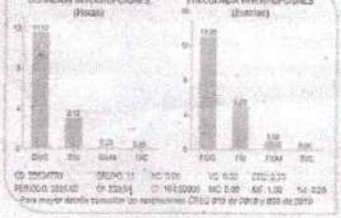
CONSUMO ATRASADO: 0 kWh

¡LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO pueden ser más precisos!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100000020104350
RUTA LECTURA:	100201000349
MANZANA DE LECTURA:	MS00253873
MEDIDOR NO:	057-1274255
MEDIDOR NO:	057-1274255

CALIDAD DEL SERVICIO



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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
Chat de servicio en
316 890 8003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DUNCIALE
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	606 8140035 denuncias@enel.com

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

INFORMACIÓN 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

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: daviplata, dale, MOVII, nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONFECOOP, efecty, Royal, MOVIRED, Baloto, Su Red

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Éxito, Carulla

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del pago. 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 - 38
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-09/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025
G: $561,70 T: $40,85 D: $272,95 CV: $76,20 PR: $69,99 R: $12,00 CF: $0,00 - $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: 0107 2003TRI - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 2014 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0647 de 29 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1998.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente puede ver 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 0091 de 10 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de disposición 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 previa mora y exigencia de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para conocer 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 (Empagos 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 esta actividad, por favor diríjase a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 02/04/2025 02:25:31
FECHA EXPEDICIÓN: 02/04/2025 16:13:13

CUDE: 77ceb05b0bd1467cda2bab31d2d27b5f2e9bbae2311d3b49aa215670d0e980458c959a1b9e752f8b9c1 c2d4a007cea989

Impreso por Datafast Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.095.812 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Aberbee de SW CENAmericano - NIT 830.514.153 6

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 169	MICROCHIP: SI Número de 900265002404251	FECHA: 08-05-25.

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milo				COLOR: Gris atigrado	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1A	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 ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO nacio en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Melissa Maturana Cuero	DIRECCION cl 109 sur 9-48.	TELEFONO 3203676477
CEDULA: 1007.349.640	CORREO ELECTRÓNICO: amaturanacuero97@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Usmania	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-A	Mar 20/25	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 03-05-25.

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: 149 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.6 °C	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosado
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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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:	Nro de Identificación:
Yelssi Hatoma	1000299690

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.007.749.640

MATURANA CUERO

APELLIDOS

ANA MELISSA

NOMBRES

MELISSA MATURANA

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-ENE-1997

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

23-FEB-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01077791-F-1007749640-20190628 0065644853A 1 9908825550

18

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:U44778A **BIMESTRAL**

10629033
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17173501515
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
FLOR ALBA GONGORA

Dirección del predio
CL 109 SUR 9 48

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 07:55:15**	**ABR/22/2025 16:09:21**

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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 170	MICROCHIP: SI Número de L 900255002404352	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Julian		COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo EDAD 1A	PESO: 3.7 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Gladys Forero Concejo	DIRECCION cl 704 A Suc 3A 24	TELEFONO 3124382781
CEDULA: 20.878.406	CORREO ELECTRÓNICO: 3124382781 @ sin Correo	
BARRIO O VEREDA Antonio Jose Sucre	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R
N.A	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: 145 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 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 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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:
Hoja Gladys Forero	2052[illegible]86

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 20.878.406
FORERO CONEJO
APELLIDOS
MARIA GLADYS
NOMBRES



Maria Gladys Forero Conejo
FIRMA

87



FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-1955
SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-SEP-1977 SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1522600-01228189-F-0020878406-20210419 0074141629A 1 9915277432

Suscríbete ahora y recibe
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 electrónicamente aquí

Actividad válida del 15 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 el Grupo Vanti. Revisión que puedes agendar la revisión con cualquiera de las empresas de inspección autorizadas por la CREG. Consúltalas en vanti.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 · Banco AV Villas · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Nequi · Davivienda · Dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 TIRAJE: 2501-2024

¡Hola!

MANUEL EDUARDO CELEITA
CL 104A SUR 3A 24 01 00002 - ANTONIO JOSE SUCRE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007119-3575926

Lote: P07GN Ruta: 0011640158910005100 Código del Sector: 110

Cuenta o referencia de pago **62715469**

vanti Listo

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; consúltalo en grupovanti.com/vantilista.

Comunicate 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 2023

110 0011640158910005100 66139 P07GN C1

tura de gas Abril 2025

nta o referencia de pago 62715469 BOGOTA

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 **12 Abr. 2025**

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CON SUBSIDIO	19M3	3.282,01	0,00	62.356,19
S SUBSIDIO (54%)	1UN	-33.554,94	0,00	-33.554,94
TE DECENA	1UN	-1,37	0,00	-1,37
UDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	20.708,00	0,00	20.708,00
ESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	155.894,84	0,00	155.894,84
es Moratorios Base Recargo	1UN	43,33	0,00	43,33
es Moratorios Base Recargo	1UN	16,67	0,00	16,67
Max	1UN	11.924,37	2.265,63	14.190,00

1 Total **$219.654,72**

us financiaciones

sa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
% Tecnologia Vanti	20/24	67.947,55	8.372,00	67.947,55
V-Electro Hogar Vanti	8/24	32.601,13	16.541,74	32.601,13
V-Remode y Materiales Vanti	3/60	39.626,60	130.981,10	39.626,60

2 Total **$140.175,28**

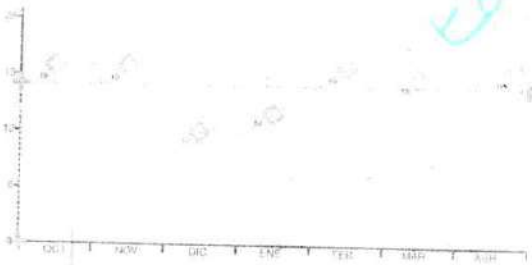
Valor facturas vencidas
$0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3
$359.830,0

Pago por PSE

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat.Uno Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
10 Mar. 2025	1089	REAL
08 Abr. 2025	1114	REAL

m³ corregido= 1114 - 1089 * Factor de corrección = 19

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 Jul. 2029

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 Cdm 0.0 Ccm 0.0
Cvt 0.0 Fpcm 42.425 DALR 0.0 DALRU 0.0

Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 224 kWh y el precio unitario del kWh es: $128.588

Factor de corrección

Vm 25 Kp 0.76727 Kt 1.00491 Fc 0.77103
Vc 19 Tm 14.15 Te 15.56 Pe 1.01008
Z m 0.752 Pm 0.023 F pv 1.0

Factor de corrección 0.77103

Indicadores de calidad

IRST 100.0 DES 0.0 ID 100.0 IPS 100.0



(415)7709998026025(8020)62715469(3900)000000000359830

C1 66139

Sabemos que siempre piensas

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: 171 | MICROCHIP: SI / Número de: 900255002406206 | FECHA: 08-05-23

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kitty Alexander | COLOR: Blanco / Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 2A | 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 ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Soledad Gordillo castillo | DIRECCIÓN: cl 108 sur 7A este 85 | TELEFONO: 3125330777

CEDULA: 41.778.294 | CORREO ELECTRÓNICO: hernandezaxter.9d@gmail.com

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

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

NS/NR: ___

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N-A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa 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/Abril/24

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: 27 r/m | TEMPERATURA: 38.6°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 ACEPTACION X RECHAZO, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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:
Soledad Cortillo Cortillo	41729294 (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:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.778.294
GORDILLO CASTILLO
APELLIDOS
SOLEDAD
NOMBRES



Soledad Gordillo Castillo
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-MAY-1958
GUAYATA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
22-DIC-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00020121-F-0041778294-20080706 0000808799A 1 1400009865

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.



Si tu **Revisión Periódica Obligatoria de gas** se vence entre julio y diciembre de 2026

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

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Actividad válida del 17 de marzo al 30 de junio de 2026 para usuarios del servicio de gas natural residencial. Publicidad a cargo de las empresas de servicios públicos que conforman a Grupo Vanti. Recuerda que puedes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC. Consúltalos en onac.org.co/.

Mundo digital Vanti

» Pago 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

Pedeban · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Plata · Rappipay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

Se interrumpirá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o a las instalaciones internas y no atiendan de consumo. Como consumidor puedes presentar tus peticiones, quejas o recursos ante la empresa y acudir ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto que suspenden. Sobre el contenido de la factura tendrás el derecho a reclamar dentro de los términos de la ley 142 de 1994 y puede hacerlo, por cualquiera de los medios establecidos para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800156812-8 704802307 2024

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

MARIA AURA MEDINA
CL 108 SUR 1A ESTE 85 00101 - ANTONIO JOSE SUCRE
BOGOTA

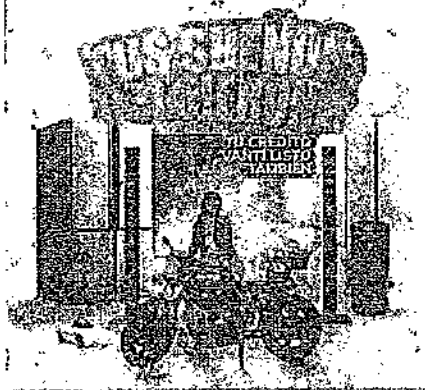
vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077101-1034693

Lote: P07GN **Ruta:** 001164017021000S000 **Código del Sector:** 110

Cuenta o referencia de pago **61630484**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 3.973.336**



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

Honda · Bajaj

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164
Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Cuenta o referencia de pago **61630484** | **Abril 2025** | 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** 12 Abr. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	17M3	3.282,01	0,00	55.794,17
MENOS SUBSIDIO (54%)	1UN	-30.022,84	0,00	-30.022,84
AJUSTE DECENA	1UN	-1,29	0,00	-1,29
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	394,52	0,00	394,52
INTERESES FINANCIAMIENTO - GRAVAD	1UN	116,68	22,17	138,85
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	32,27	0,00	32,27
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	29,63	0,00	29,63

1 — Total **$26.365,31**

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.9100 % Visita/Repara CM Aten Técnica Clientes	6/6	20.020,95	382,40	20.020,95
1.9100 % Visita/Repara CM Aten Técnica Clientes	6/6	6.643,74	106,63	6.643,74

2 — Total **$26.664,69**

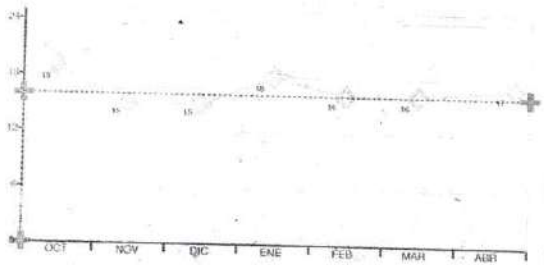
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$53.030,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
10 Mar. 2025	9789	REAL
08 Abr. 2025	9811	REAL

m³ corregido = 9811 - 9789 * Factor de corrección = 17

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 Jul. 2029

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 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 Cvim: 0.0 Cuvm: 0.0
Com: 0.0 Fpcm: 42.475 DALR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjtar: Tu consumo en m³ de gas equivale: 201 kWh y el precio unitario del kWh es $126.216

Factor de corrección

Vm: 22 Kp: 0.76727 Kt: 1.00491 Ft: 0.77103
Vc: 17 Tm: 14.15 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 Fpvc: 1.0

Factor de corrección: 0.77103

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPTL: 100.0



(415)7709998026025(8020)61630484(3900)00000000053030

Factura No. F15B50915289 C1 67363

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 172 | MICROCHIP: SI Número de taller 900255002182452 | FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Taylón | COLOR: Gris

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 3M | 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: Lorena Patricia Avila Cruz | DIRECCION Cll 117 g Sur # 0-33 | TELEFONO 3203233510

CEDULA: 1'023-028.559 | CORREO ELECTRÓNICO: spectria18@gmail.com

BARRIO O VEREDA El rural | 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 N-A | 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/aaa RABIA: dd/mm/aaaa Abr/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:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
147 l/m	21 r/m	38.3°c	2 seg	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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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:
Lorena Ruiz	1023038559

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:

132

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.023.028.559**

AVILA CRUZ
APELLIDOS

LORENA PATRICIA
NOMBRES

LORENA AVILA
FIRMA





INDICE DERECHO

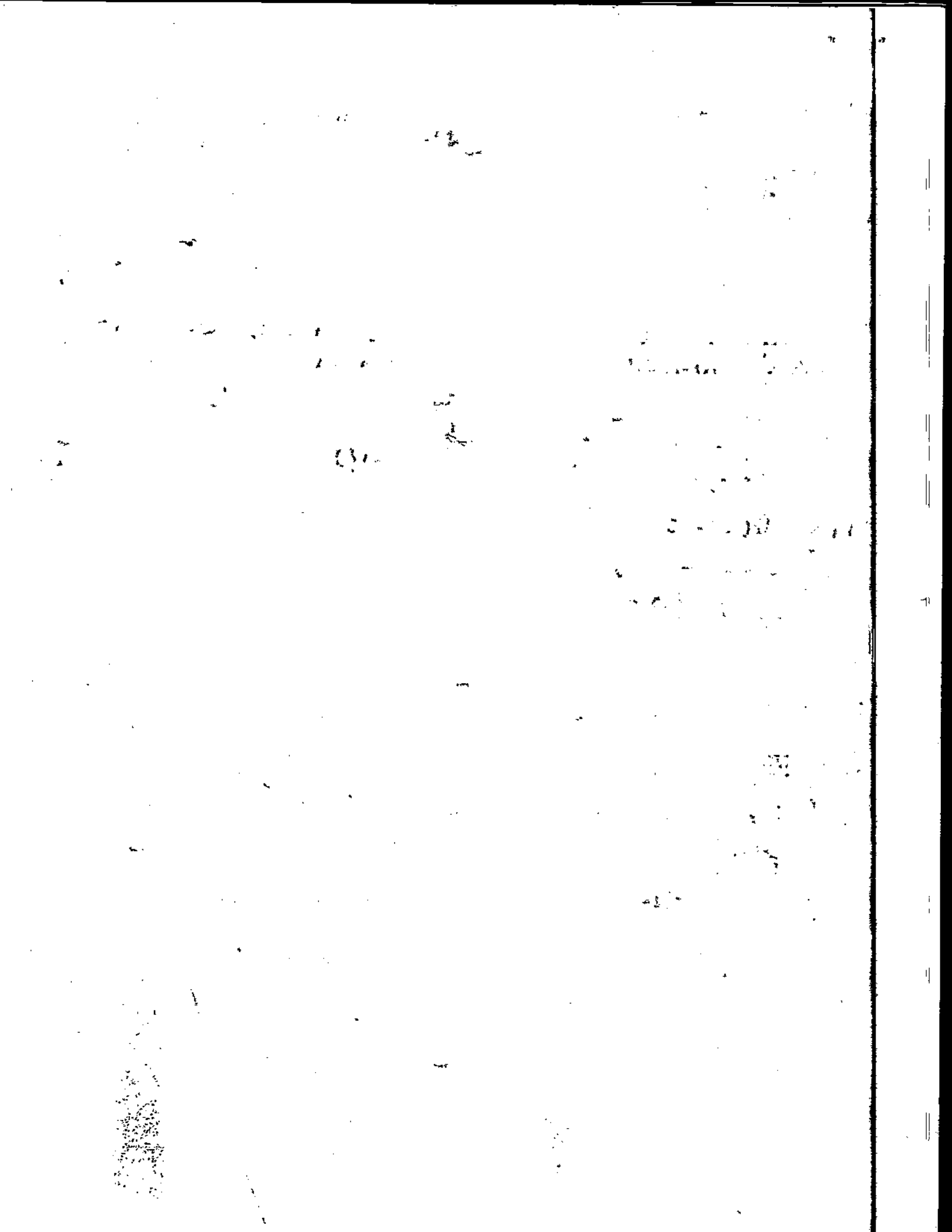
FECHA DE NACIMIENTO **21-JUN-1998**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-JUL-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00843577-F-1023028559-20160817 **0050**659235A 1 46456479



39574

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: **1993978-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 351202842-5

132

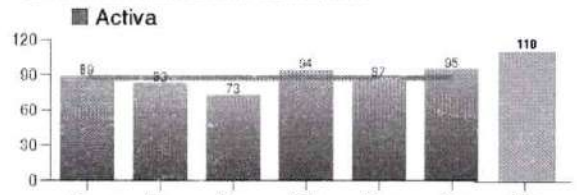
CLIENTE

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 tu **CONSUMO** presenta una variación. Encuentra las posibles causas y tips de consumo en www.enel.com.co

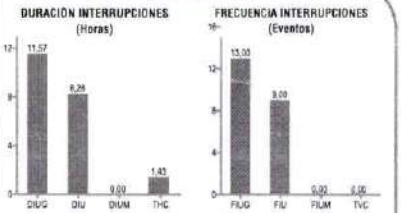
¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos
Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR:

®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 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:	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: 2925/03 DI: 229,94 CF: 87,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 035 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 @EnelCSerTesCO
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: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Reval, Todo 1, Bancolombia, 4-72, 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: $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: 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. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.
"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 03/05/2025 00:29:54
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 13:27:14

CUDE: ee8540d48100d3362626c3b2bfd662628c04994f195fa6935b7ff42c31b431dc636867c5ca8f81dfbe17784faab642e6

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

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 173 | MICROCHIP: SI Número de MK 900255002182458 | FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luka | COLOR: Negro

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Brayan Albeiro Ariva Reyes | DIRECCION Dg 101 A Sur #2-30 | TELEFONO 3107678106

CEDULA: 1.022.980.791 | CORREO ELECTRÓNICO: brayanreyes1909@gmail.com

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 NA | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa DIC-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 Vac-2-24

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 FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA: 143 l/m | F. RESPIRATORIA: 22 r/m | TEMPERATURA: 38-6 °c | TLLC 2 ss | 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

EL 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:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.980.791
CUTIVA REYES
APELLIDOS
BRAYAN ALBEIRO
NOMBRES

Brayan Reyes
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-SEP-1992
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

25-OCT-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00557389-M-1022980791-20140326 0037732809A 2 1982794844

136



enel | Bogotá

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: **1871099-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347529618-9

CLIENTE

ALVARO GARZON
DG 101 A SUR NO 2 30
BOGOTA, D.C. - LA ESPERANZA DE USME

02 002 4125 / 018-19448157

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

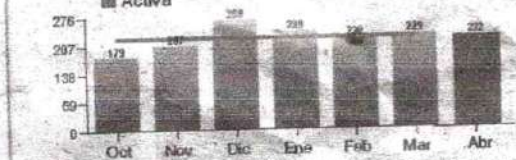
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, informamos que hemos actualizado nuestros canales de atención para consultas y reclamos sobre el tratamiento de tus datos personales.

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

También puedes seguir comunicándote a través de Enel WhatsApp 3168908035, línea de servicio 601 5 115 115 o la Línea gratuita nacional 018000 812 115.

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

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $843,71
CONSUMO DIARIO: 7,66 kWh
VALOR DIARIO: $4.351

PERIODO FACTURADO: 27 FEB 2025 A 27 MAR 2025
DÍAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES: 222 kWh

¿Cómo mejorar tu factura? Conoce la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía en el encontrarás dentro de tu factura

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100000020624125
RUTA LECTURA:	10020020736
MANZANA DE LECTURA:	MS00261516
MEDIDOR NO:	018-19448157
MEDIDOR HO:	018-19448157

CALIDAD DEL SERVICIO



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

CONTÁCTANOS

Bogotá, Sabana y Cundinamarca: 601 5 115 115
Línea gratuita nacional: 115
Denuncias: 601 5140085 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billeteras Virtuales: Nequi, Movii, Daviplata

Corresponsales Bancarios: CONEXRED, Efecty, Gana, Red Servi, Todo1, Supergiros, Movired, Su Red

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Olímpica, Makro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el diligenciado del establecimiento. 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. 61A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6 B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54-35/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB-2025
G: $361,70 | T: $49,05 D: $272,90 CV: $76,35 PR: $99,89 R: $12,90 CP: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 1 GRUPO: UNO TARIFA: NIVEL DE TENSIÓN PROPIO: Regulado
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica tarifa 16,0% con IVA. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 05 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 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. Trámites de No. ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0051 de 10 de diciembre de 2002.
Sobre el acto de suspensión propuesto 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 0501 1 costo por $0,00/kWh
En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, es establecimos obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos en Colombia), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos 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.

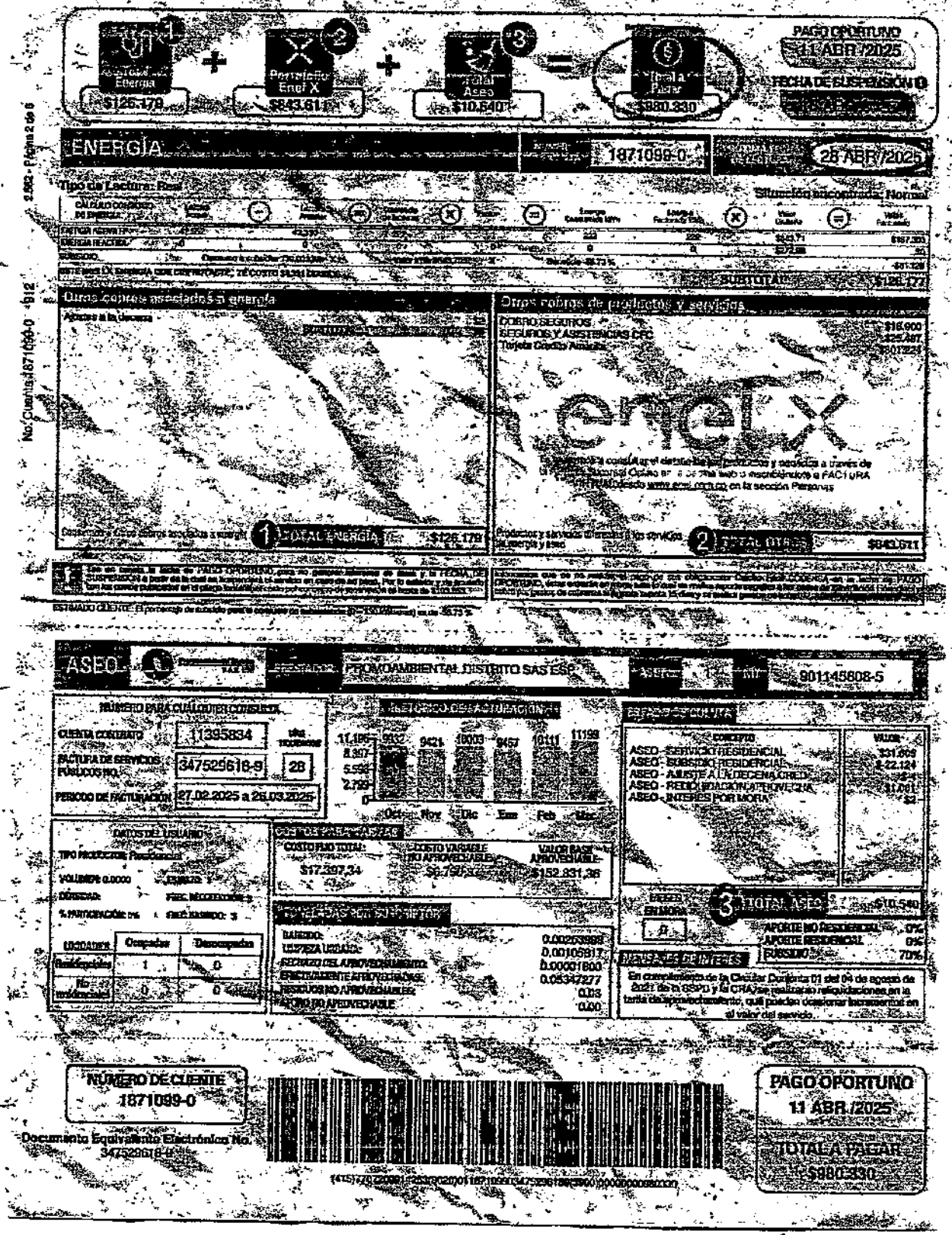
CUDE: d9934982bdb8d6de54e6637170f0bdb0732e9aaadbabd3917af6b0ef3b328db7f7730c4e8a7eab5047d7f92f185a9c5

FECHA GENERACIÓN: 02/04/2025 02:34:34
FECHA EXPEDICIÓN: 02/04/2025 15:47:15

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios BASE BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 860.321.161-0

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S. NIT 830.048.815-8

136



PAGO OPORTUNO
11 ABR /2025
FECHA DE SUSPENSIÓN
$126.179
$843.611
$10.540
$980.330
ENERGÍA
1971099-0
28 ABR/2025
Tipo de Lectura: Real
Situación encontrada: Normal
SUBTOTAL
$126.177
Otros cobros asociados a energía
Otros cobros de productos y servicios
COBRO SEGUROS
SEGUROS Y ASISTENCIAS CFC
$16.900
$825.487
TOTAL ENERGÍA
$126.179
TOTAL OTROS
$843.611
ASEO
PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP
901145808-5
NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA
CUENTA CONTRATO
11395834
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.
347529618-9
28
PERIODO DE FACTURACIÓN
27.02.2025 a 26.03.2025
RETIRO DE ACTUACIONES
DETALLE DE CUENTA
CONCEPTO
VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL
$31.909
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL
$-22.124
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREC
$-24
ASEO - REDONDEO ACTUAL/ANTERIOR
$1.001
ASEO - INTERES POR MORA
$2
TOTAL ASEO
$10.540
DATOS DEL USUARIO
TIPO PRODUCTOR: Residencial
VOLUMEN: 0,0000
ESTRATO: 1
DÉBIDAS:
FREC. RECONEXIÓN: 2
% PARTICIPACIÓN: 0%
FREC. REMISO: 3
COSTOS DE PRESTACIÓN
COSTO FIJO TOTAL:
$17.397,34
COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE
$0,797
VALOR BASE APROVECHABLE
$152.831,36
APORTE NO RESIDENCIAL
0%
APORTE RESIDENCIAL
0%
SUBSIDIO
70%
NÚMERO DE CLIENTE
1871099-0
Documento Equivalente Electrónico No.
347529618-9
PAGO OPORTUNO
11 ABR /2025
TOTAL A PAGAR
$980.330

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 174 | MICROCHIP: SI Número de M 900255002406199 | FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LUKA | COLOR: amarillo / Blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 1A | PESO: 4.1 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 ___ MIXTO X OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Alicia Vinchira Monroy | DIRECCION: Cl 93 B sur 8c.44 | TELEFONO: 3168809347

CEDULA: 47.767.745 | CORREO ELECTRÓNICO: 3168809347@sincorreo

BARRIO O VEREDA: Bella Vista | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: USME

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N.A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa Dic/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 Dic/24 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: 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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 Ovariobisterectomía/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:
	1117687445

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:

138



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

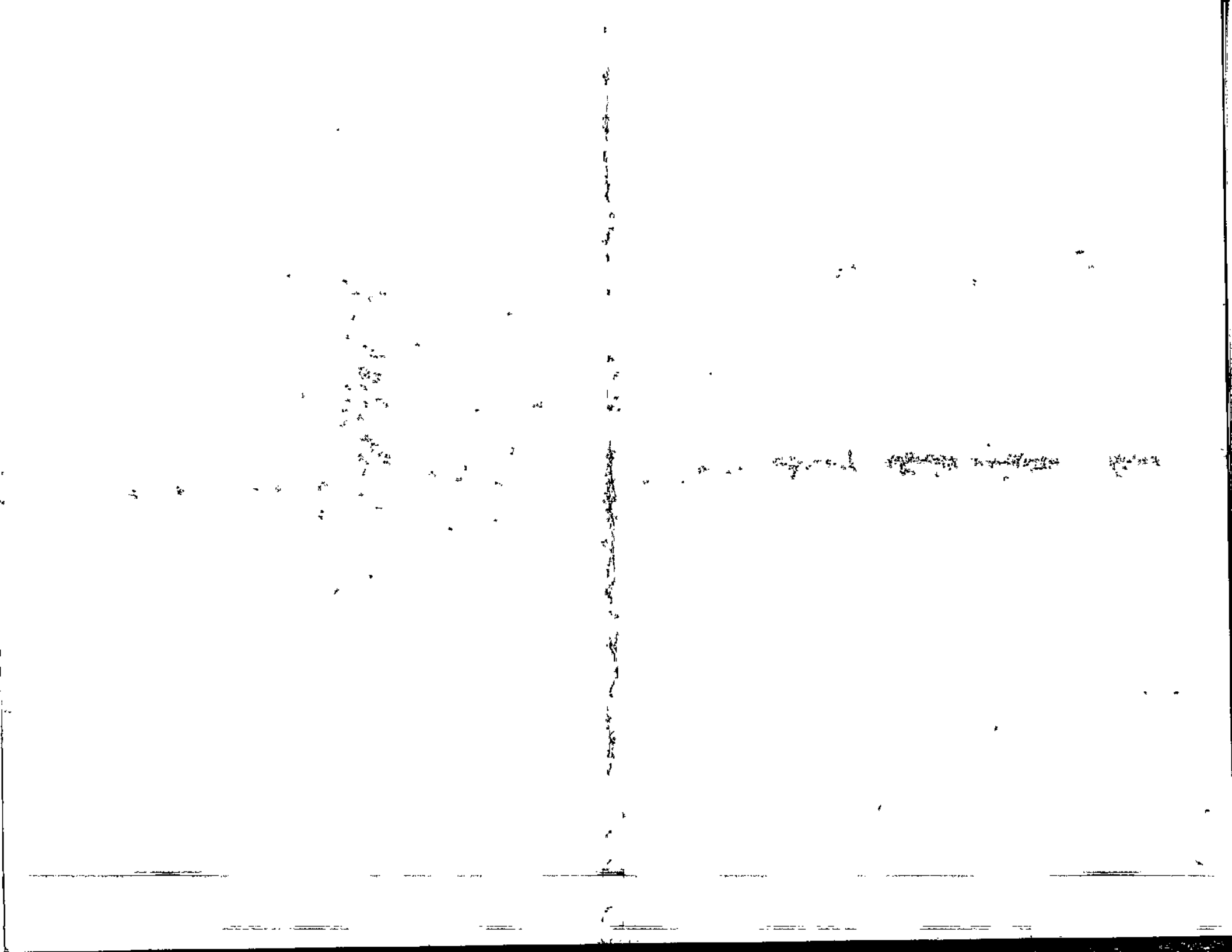
NÚMERO 41.761.745
VINCHIRA MONROY
APELLIDOS
MARIA ALICIA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-NOV-1958
MUZO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
14-NOV-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01299174-F-0041761745-20220523 0079453429G 1 9919561860



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.



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!

Agendar mi Revisión

vanti

Agendar mi 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 conforme a Ofertas Vanti. Requiere que puedas agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante la SIC. Consultalos en este link.

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 · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Rappi pay · dale.

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARNAVAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 800096.812-8 7048230728

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

CRISTINA HERRERA
CL 93B SUR 8C 44 - BELLAVISTA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077101-1006570

Lote: P02GN **Ruta:** 0011640075950005000 **Código del Sector:** 108

Cuenta o referencia de pago: 61527581

0011640075950005000 108 P02GN 70630

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.656.640**



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 cuotas, abona y paga a cuotas a través de tu factura de gas

Metro · HONDA · BAJAJ

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Vanti Listo es la línea que ofrece 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.

138

Factura de gas

Abril 2025

Cuenta o referencia de pago **61527581** — BOGOTÁ

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	7M3	3.309,16	0,00	23.164,12
MENOS SUBSIDIO (42%)	1UN	-9.791,47	0,00	-9.791,47
AJUSTE DECENA	1UN	-2,65	0,00	-2,65

1 — Total **$13.370,00**

Tus financiaciones

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

2 Total **$0,00**

3 — Valor facturas vencidas

$0,04

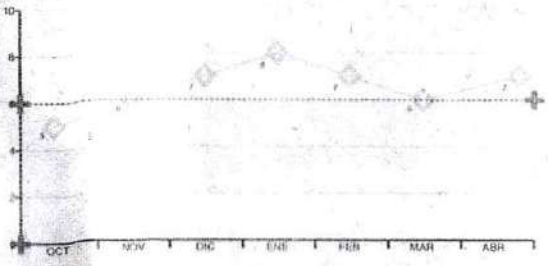
Total a pagar 1 + 2 + 3

$13.369,96

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
03 Mar. 2025	6379	REAL
02 Abr. 2025	6388	REAL

m³ corregido 6388 - 6379 * Factor de corrección = 7

Tu próxima lectura será

Entre 01 y el 06 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

30 Dic. 2028

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1692.83 Tm: 573.01 Dm: 621.53 Cm: 0.0
α: 55.51 Cvm: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Epcm: 62.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mpm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 83
kWh y el precio unitario del kWh es: $161.116

Factor de corrección

Vm: 9 Kr: 0.76727 Kt: 1.00505 Ft: 0.77114
Vc: 7 Tm: 14.11 Te: 15.56 Pc: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F2pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77114

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPB: 100.0



(415)7709998026025(8020)61527581(3900)00000000013370

Factura No. F1585014047 3

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 175	MICROCHIP: SI Número 900255002404726	FECHA: 08-05-23

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Peluso			COLOR: Blanco / amarillo
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 7M	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: Oscar Javier Baez Mejia	DIRECCION Kr 74 A N 95A sur 72	TELEFONO 3208690582
CEDULA: 1023023785	CORREO ELECTRÓNICO: oscar9725@hotmail.com.	
BARRIO O VEREDA Monte Blanco	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: tecnologo NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL___	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N-A	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa Enero/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: 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: 149 l/m	F. RESPIRATORIA: 23 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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 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:
Oscar Javier Baez Ortiz	1023023187

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:

148

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.023.023.185
BAEZ MEJIA
APELLIDOS
OSCAR JAVIER
NOMBRES
Oscar Javier Baez Mejia
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-AGO-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
18-AGO-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00744388-M-1023023185-20150907 0046292021A 1 44320383

enel Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas su número de cliente es: **0025893-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351014820-0

CLIENTE

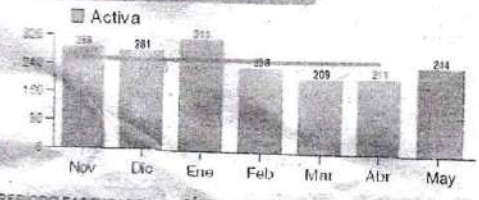
OLGA MARIA MEJIA AYALA
KR 14 A NO 95 A SUR 12
BOGOTA, D.C. - MONTE BLANCO

01 012 4728 / 057-1281014

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $858,43

CONSUMO DIARIO: 8,13 kWh

VALOR DIARIO: $5.308

PERIODO FACTURADO: 27 MAR/2025 A 25 ABR/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 244 kWh

Para más tips sobre cómo leer la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía, encuentra dentro de la factura

¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR:
Visa es 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 crédito de la entidad. Conoce más en www.enel.co/tecodensa.com

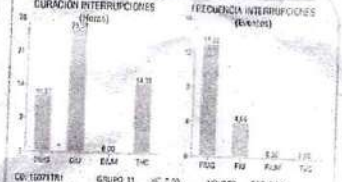
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100300010124728
RUTA LECTURA:	10010120752
MANZANA DE LECTURA:	MS00253605
MEDIDOR NO:	057-1281014
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



CIRCUITO1: GRUPO 11 IC: 0,00 VC: 0,00 ESC: 0,00
PERIODO: 2025/03 DI: 229,54 CP: 229,54 SSD: 0,00 MF: 1,00 N= 1,00

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 009 de 2019

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: Internet Banca, 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, Su Red, MOVIRED, efecty

Red Distrital

Centros de Servicio: RED CADE, 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

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

G: $338,40 T: $36,26 D: $293,26 CV: $70,75 PR: $87,99 R: $23,76 CP: $0,00 / $858,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: 0937-10071TR1 - - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 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 dichos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 108/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y Cliente y el Cliente.

Para 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 dispuestos por cada Empresa.

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

¿CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/tramites
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 9003 (Llama Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelColombiaCO
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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

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

Línea de servicio al cliente 110

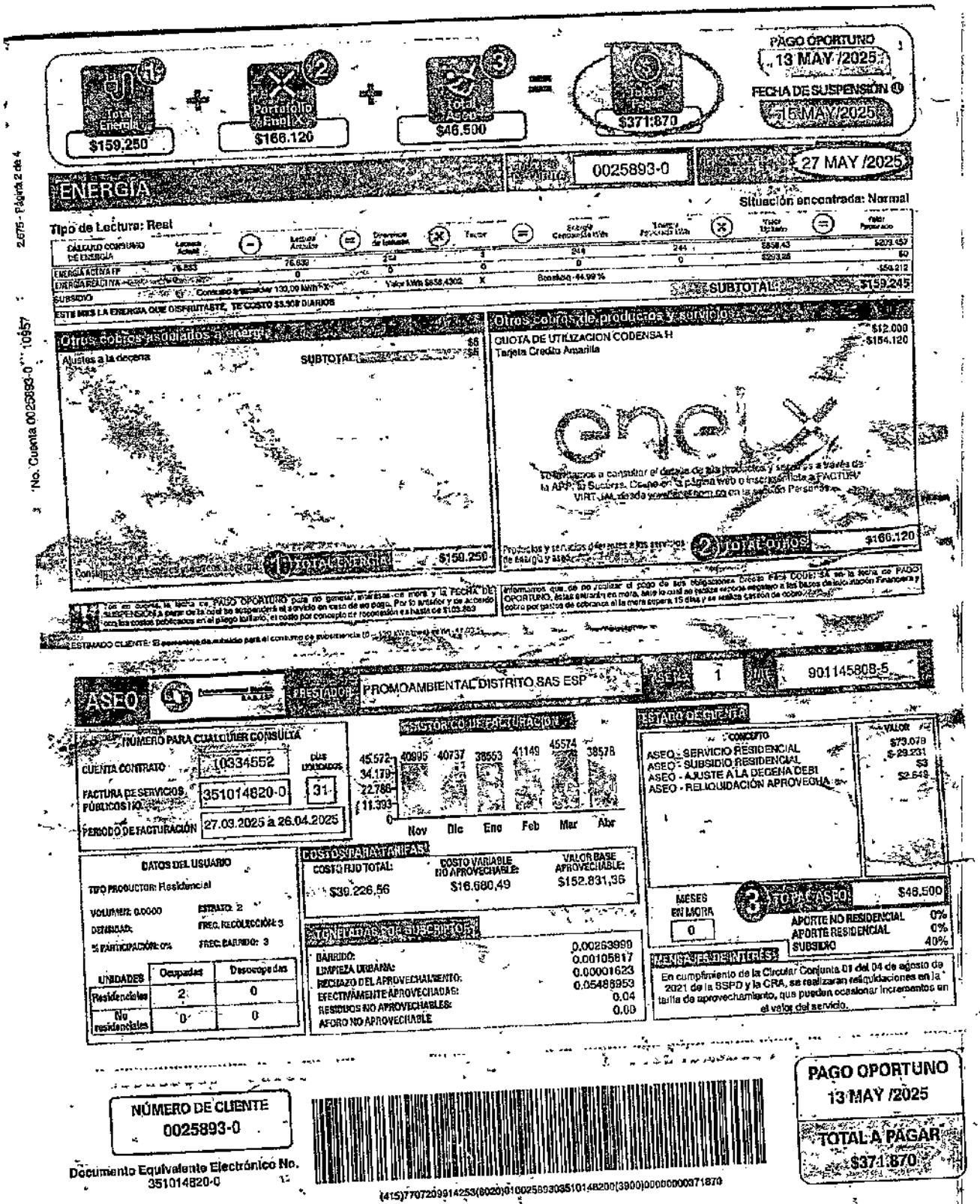
FECHA GENERACIÓN: 02/05/2025 00:16:42
FECHA EXPEDICIÓN: 02/05/2025 19:06:11

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CEN Financiero - NIT 890 321 151-6

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicaciones SAS NIT 800.050.612

CUDE: fc590c43651dd5dd9d519ade80b0b0f0491fae5f4c0f52ef0efbaab39e7bab4d83936c3fbeda170bfbc1625f6e7d71f8f2

1AB



Total Energía $159.250 + Portafolio & Empl $166.120 + Total Aseo $46.500 = Total a Pagar $371.870

PAGO OPORTUNO 13 MAY /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 15 MAY/2025

No. Cuenta 0025893-0 10957

2675 - Página 2 de 4

NÚMERO DE CLIENTE 0025893-0

27 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
	76.839	76.639	200	1	249	249	$656,43	$163.457
ENERGÍA ACTIVA FP	76.839	76.639	200	1	249	0	$223,26	$0
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0		-$50.212

Consumo promedio: 130,00 kWh *X* Valor kWh $656,4302 *X* Bonificación -44,99 % = SUBTOTAL $159.245

SUBSIDIO

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $3.308 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $0

SUBTOTAL $0

Otros cobros de productos y servicios

CUOTA DE UTILIZACION CODENSA H $12.000

Tarjeta Credito Amarilla $154.120

enel x

Ingresa a consultar el detalle de sus productos y servicios a través de la APP: Mi Sucursal Online o la página web o inscríbete a FACTURA VIRTUAL desde www.codensa.com.co en la sección Personas

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

2 TOTAL OTROS $166.120

Consulta los cargos y valores facturados

1 TOTAL ENERGÍA $159.250

Informamos que, de no realizar el pago de sus obligaciones hasta la FECHA DE PAGO OPORTUNO, éstas quedarán en mora, lo cual se podría reportar negativamente a las bases de datos financieras y cobro por gastos de cobranza a la mora superior 15 días y se realiza gestión de cobro

Si no cancela la factura en 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 $105.893

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 - 130 kWh mes) es del 60%

ASEO

PRESTADOR: PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP

SERIE 1 NIT 901145808-5

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO 10334552

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 351014820-0

PERIODO DE FACTURACIÓN 27.03.2025 a 26.04.2025

DÍAS LIQUIDADOS 31

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN

Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
40995	40737	38553	41149	45574	38578

45.572 / 34.179 / 22.786 / 11.393 / 0

ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$79.078
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-29.231
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBI	$3
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$2.648

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0,0000 ESTRATO: 2

DENSIDAD: FREC. RECOLECCIÓN: 3

% PARTICIPACIÓN: 0% FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$39.226,56	$16.680,49	$152.831,36

CONCEPTOS DE SUBSIDIOS

BARRIDO:	0,00263999
LIMPIEZA URBANA:	0,00105817
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0,00001623
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0,05486953
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0,04
AFORO NO APROVECHABLE	0,00

MESES EN MORA 0

3 TOPE ASEO: $46.500

APORTE NO RESIDENCIAL 0%

APORTE RESIDENCIAL 0%

SUBSIDIO 40%

TASAS 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 0025893-0

Documento Equivalente Electrónico No. 351014820-0

(415)7707209914253(8020)0100258930351014820(3900)000000000371870

PAGO OPORTUNO 13 MAY /2025

TOTAL A PAGAR $371.870

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USAQUÉN | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica 176 | MICROCHIP: SI Número de MI 900255002404725 | Expiry – Date: 2030/02/07 | FECHA: 08-03-23

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Copito | COLOR: arena / Blanco

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA MESTIZO | EDAD 11 M | PESO: 4.5 KG | MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yolanda Malaber Arenas | DIRECCION kr 74 I N° 73 A Sur 95 | TELEFONO 3202846955

CEDULA: 47.799.036 | CORREO ELECTRÓNICO: 3202846955 @ sin correo-

BARRIO O VEREDA Centro. Usme | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Primaria | NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO___ RURAL X

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N-A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa Dic/24 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/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: 27 r/m	TEMPERATURA: 38.8 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.5 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.25 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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:
Yolanda Meloxes	1179.036

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:

20102125
10:12

(11)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 41.799.036
MALAVER ARENAS
APELLIDOS
YOLANDA
NOMBRES

FIRMA



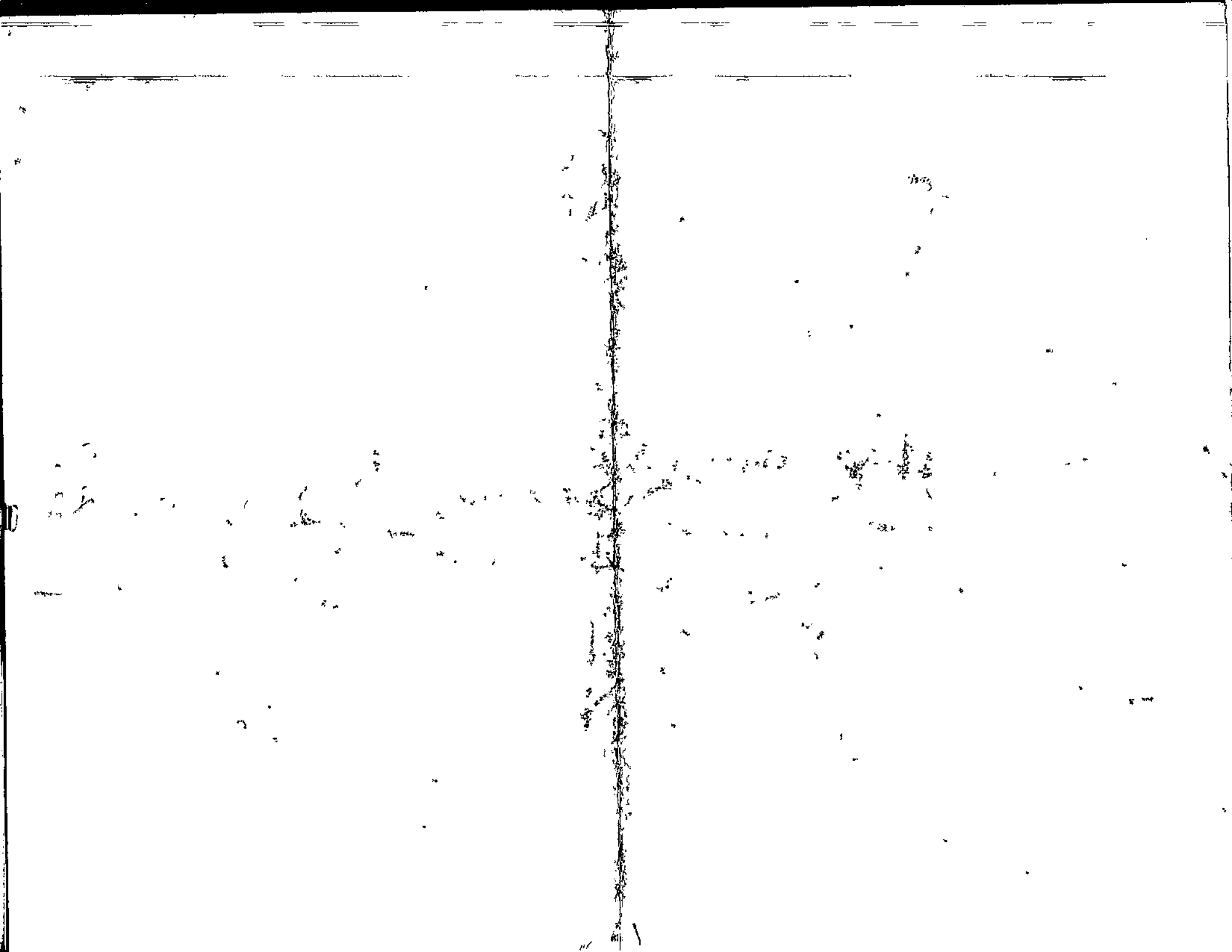
V53

FECHA DE NACIMIENTO 07-SEP-1956
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
02-DIC-1978 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01422867-F-0041799036-20240226 0138802864A 1 8510987109



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: **6103401-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347508139-2

CLIENTE

DIANA VILLALBA MALAVER
KR 14 I NO 136 A SUR 75 TO 1 AP 301
BOGOTA, D.C. - CENTRO USME

02 015 7790 / 075-267442

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

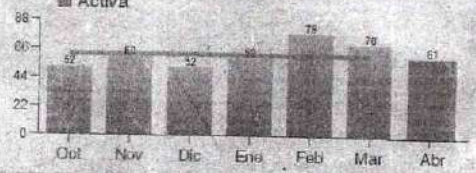
En cumplimiento de la ley 1581 de 2012, informamos que hemos actualizado nuestros canales de atención para consultas y reclamos sobre el tratamiento de tus datos personales.

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

También puedes seguir comunicándote a través de Enel WhatsApp 3165906003, línea de servicio 6015 115 115 o en nuestra 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: 2,10 kWh

VALOR DIARIO: $793

PERIODO FACTURADO: 27 FEB/2025 A 27 MAR/2025

DIAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 61 kWh

Activa para tu cuenta el acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO [illegible] de forma diaria de lo habitual

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000920 57790
RUTA LECTURA:	10920 01253
MANZANA DE LECTURA:	MS00259943
MEDIDOR NO:	075-267442
MEDIDOR NO:	075-267442

CALIDAD DEL SERVICIO



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

CONTÁCTANOS

Realizar solicitudes
Chat de atención
Oficinas de atención
Registrarte 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
https://www.enel.com.co/es/personas/contactenos.html

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
Pasarela Virtual
APP Banco
Internet
Teléfono Banco
Cajero Automático
Cajero Electrónico
APP Enel Clientes Colombia
Botón de Pago Online
Botón de Pago Internacional
MOVIL
Corresponsales Bancarios
Red Física
Centros de Servicio
Código Enel
RED CADE
Almacenes de Cadena

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

PUNTOS DE ATENCION ASEO

[illegible] AMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P.	[illegible] 4 No. 51A-25
UNIDAD 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 CU510: Vigencia FEB 2025
G: $361,70 T: $49,85 D: $272,86 CV: $76,38 PR: $95,09 R: $12,90 CF: $0,00 / $842,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UMV-02ST01 - NIVEL DE TENSIÓN: PRIMARIO: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores [illegible] Resolución No 0047 de 25 [illegible] mayo, 2022. 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, [illegible] acudir a [illegible] dentro [illegible] días hábiles siguientes a la fecha de su publicación para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, línea de Bogotá o al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio. Operador del hilo: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según Resolución No 0061 de 30 de diciembre de 2022.

Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse dentro [illegible] Empresa prevé a [illegible] del servicio.

El pago parcial de la factura no genera suspensión del servicio. Esta factura da cobro a precio de costo [illegible] En cumplimiento de la resolución CREG 071 de 1999, el consumo será cobrado.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, le [illegible] el Código de Medida, en concordancia con [illegible] obligaciones, derechos y [illegible] aplicables a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web [illegible] o comunicarse a la línea (601) 5 115 115, 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 únicamente de Clientes que acuerdo con la compañía cobrarse emisión por el cliente para el pago de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por los [illegible] que presenten los terceros. Para mayor información relacionada con estos soportes, por favor dirigirse a los puntos 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. Estas vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 02/04/2025 02:46:29
FECHA EXPEDICIÓN: 02/04/2025 16:46:12

CUDE: 04b293f1a79c58fe0bac5f00b0b058a643906d3d115d4e48632884611a6c6dc2e7fdd...

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.050.818

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 860.391.151-9

153

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: 177 | MICROCHIP: 900255002182469 | FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tommy				COLOR: Amarillo Blanco	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 18 Mes	PESO: 4.5 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Myriam Rangel De Florez	DIRECCION: Cl 107 Sur 1-2 04 Pi 1	TELEFONO: 3214049791	
CEDULA: 39 698 194	CORREO ELECTRÓNICO: leidymarcelaflorezrangel@gmail.com		
BARRIO O VEREDA: Desarrollo Biazuelos	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Primaria NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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: 26 r/m	TEMPERATURA: 38.4 °c	TLLC: 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.5 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.25 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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: 39698194

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:



256

Correo boni3462@Gmail.com



enel | Bogotá

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

4369098-5

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3475155572-0

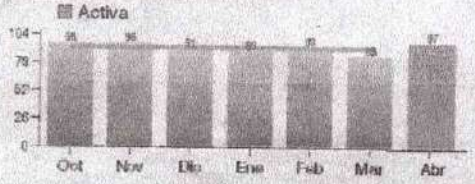
RICARDO GALVIS SUAREZ
CL 107 SUR NO 12 04 PI 1
BOGOTA, D.C. - DESARROLLO BRAZUELOS

02 010 4130 / 075-74383

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

Nuevo canal / Formulario online:

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $643,71

CONSUMO DIARIO: 3,24 kWh

VALOR DIARIO: $1.249

PERÍODO FACTURADO: 27 FEB/2025 A 27 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 97 kWh

Este mes tuviste un ahorro en la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020104139
RUTA LECTURA:	10020100161
MANZANA DE LECTURA:	MS00253219
MEDIDOR NO:	075-74383
MEDIDOR NO:	075-74383

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

CALIDAD DEL SERVICIO



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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
Chat de servicio en
316 560 6503 (Llamada o para Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Soacha y Cundinamarca	Línea Gratuita	Correo PQR
601 5 115 115	115 las 24 horas	601 6140105

Defensor del Cliente
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 Baloto | Centros de Servicio | Cajero Cali

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCION 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 159 # 51 36-66 Local 129 130

Líneas de servicio al cliente 110

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datáfono. El acta del comprobante no da tan importe cobrado en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025
G: $361,70 T: $40,85 D: $272,00 CV: $75,15 PR: $60,95 R: $12,90 CP: $0,00 / $643,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: MRZ0-CIR1101 - NIVEL DE TENSIÓN DE PROPIEDAD: Sagrera

ACUERDO COMERCIAL 9614 Comercialización de energía eléctrica tarifa 11,64 por ciento. Ajustes administrativos según Resolución No. 0547 de 05 de enero 2002. N/A 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 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. Consulta de nos. ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 16 de diciembre de 2008.

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

En cumplimiento de la resolución CREG 108 11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 108 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se comunicamos a los usuarios, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y del usuario. Para conocer mayor información, si cualquiera 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 Servicios al Cliente.

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

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

FECHA GENERACIÓN: 02/04/2025 02:43:19
FECHA EXPEDICIÓN: 02/04/2025 15:45:12

CUDE: ef0057f5d029ef2d53813a6611fdb3ea174d63a5fecd2de12611a7191f3a8fc3c5fe07f9f04bfd1e7f7c4f827cfe6d5ff7841d2

Proveedor Tecnológico: Claroqal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFA nacional - NIT 830.191.161-0

Fecha de Impresión por Consulta Electrónica: 2025-04-02 15:45:12

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: 178	MICROCHIP: SI Número de: 900255002404269	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Minino	COLOR: Blanco/ Arena	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo EDAD 9M	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: Cleto Lucido Garcia	DIRECCION Cl 116 A Sur 8 A 67	TELEFONO 3219257446
CEDULA: PPT. 6872382	CORREO ELECTRÓNICO: lucido9garcia@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Villa Anita	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Sexto 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 NR	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: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 23 r/m	TEMPERATURA: 38.2°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/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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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: 68723872

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

No. 6872382

COL

GARCIA
APELLIDOS

CLETO LUCIDO
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

10263406
DNI Nro.

26-04-1971
FECHA DE NACIMIENTO

08-06-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

FIRMA

28

E2019289

AVISO 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
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6872382<<8<<<<<<<<<<<<<<<
7104262M3105308VENE2019289<<<5
GARCIA<<CLETO<LUCIDO<<<<<<<<<<

12185

enel Bogotá

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

28

1441981-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351160849-0

CLIENTE

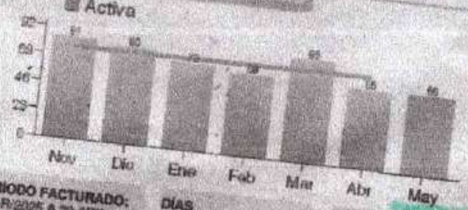
LIDIET VANEGAS
CL 116 A SUR NO 8 A 67
BOGOTA, D.C. - VILLA ANITA USME

02 020 5614 / 074-14780

Llevar energía a tu predio es un trabajo en equipo.



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $856,43

CONSUMO DIARIO: 2,06 kWh

VALOR DIARIO: $779

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 66 kWh

LECTURA DE TU MEDIDOR ... CONSUMO

¡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:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000002020 5614
RUTA LECTURA:	10020200696
MANZANA DE LECTURA:	MS00261939
MEDIDOR NO:	074-14780
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



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 Distrital

Centros de Servicio

Código QR

RED CADE

enel

CONTÁCTANOS

Bogotá, Sibaté y Cundinamarca 601 5 115 115

115

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 # 24-38/40 Local 123-124

Líneas de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

FECHA GENERACIÓN: 03/05/2025 00:20:51
FECHA EXPEDICIÓN: 03/05/2025 12:43:05

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: 179	MICROCHIP: 900255002182553	FECHA: 08-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: MAYTE			COLOR: NEGRO - BLANCO	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	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 X ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIA FERNANDA RUBIO VILLALBA.	DIRECCION: CR 7A # 99-17 SUR		TELEFONO 3142814196
CEDULA: 1.022.938.190	CORREO ELECTRÓNICO: marucharubio2103@gmail.com		
BARRIO O VEREDA DESARROLLO BRAZUELOS	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	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 13-02-2025

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: 146 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomia/orquiectomia (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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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:
	1.022.955.090

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 1.022.938.190
RUBIO VILLALBA
APELLIDOS
MARIA FERNANDA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-OCT-1987
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

15-NOV-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01264398-F-1022938190-20211110 0076237357A 1 8502593681



enel Bogotá

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

2647861-5

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347528033-0

PEDRO RINCON
KR 7 A NO 99 SUR 17 PI 1
B LAS FLORES LOC USME
BOGOTA, D.C. - DESARROLLO BRAZUELOS I

02 009 4714 / 074-1064920

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

Nuevo canal / Formulario online:

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa

Oct Nov Dic Ene Feb Mar Abr

VALOR kWh APLICADO $843,71

CONSUMO DIARIO: 2,90 kWh

VALOR DIARIO: $1.092

PERÍODO FACTURADO: 27 FEB/2025 A 27 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 84 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,71
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020094714
RUTA LECTURA:	10020090731
MANZANA DE LECTURA:	MS00255631
MEDIDOR NO.:	074-1064920
MEDIDOR NO.:	074-1064920

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

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Cantidad)

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

601 5140505

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

defensor@enel.com

FORMAS DE PAGO DE LA FACTURA

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Física

Centros de Servicio

Código QR

Débitos Automáticos

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 # 69 - 20

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54 38/48 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

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

G: $169,79 T: $68,06 D: $272,98 CV: $76,26 PR: $69,00 R: $12,80 CP: $0,00 / $843,71 Costo x kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 4804 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,94 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG

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 ante 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. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0042 de 30 de diciembre de 2020.

"Sobre el acta de suspensión permitió el término de recreación y en adelante de suministro, el cual podrá presentarse en el fin siguiente previo a la suspensión del servicio."

"La factura de cobro prueba mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994."

"ADVERTENCIA: 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 [illegible] Para mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o a 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. E.S.P. presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Sevicios de Cobranza), de acuerdo con la normatividad vigente. Los entes atendrán, por tanto, cargarán a los canales de atención definidos por esta empresa.

El operador 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 02:38:00
FECHA EXPEDICIÓN: 02/04/2025 18:13:17

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: 186	MICROCHIP: 900255002182559	FECHA: 08-05-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: NICO			COLOR: BLANCO - PARDO	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	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 ___ MIXTO X OTRO ___		

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: WZ MIRYAM ALBARRACIN	DIRECCION: CL 114B SUR 9C-06	TELEFONO: 3208589823
CEDULA: 39'722.390	CORREO ELECTRÓNICO: 3208589823@SinCorreo	
BARRIO O VEREDA: VILLA ANITA / 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.	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: dd/mm/aaaa OCT. 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: 146 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	0.3 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	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 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:
LUZ MEYDA Bracca	39722390

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 **39.722.390**

ALBARRACIN

APELLIDOS

LUZ MIRYAN

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-MAY-1968**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-SEP-1986 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00195961-F-0039722390-20091111 0017930947A 2 1330001795

acueducto BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:4 CICLO: I4 RUTA144321U

BIMESTRAL

12461360
Cuenta contrato
Núm: de identificación de este predio

43394683718
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
EDISON AVILES

Dirección del predio
CL 114B SUR 9C 06

Barrio: **VILLA ANITA** Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Período facturado	FEB/26/2025	ABR/25/2025

Pago oportuno	Inmediato	Suspensión	Inmediato

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUL/02/2025	ABR/29/2025 04:22:30	ABR/29/2025 06:57:23

¡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

Llámanos

Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información sobre 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** 0

22

ÚLTIMO CONSUMO

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

En este período 22.000

Promedio al día 373

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período0	**Facturado con**
Lectura anterior0	**Base promedio**
Tu consumo este período22	**Descargue fuente alterna** 0

Datos de tu medidor

Marca	**Tipo**
Serie	**Diámetro pulgadas**

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
$23.553,62		$25.169,42		$22.900
1		2		3 4 5 6

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

Escanea y paga virtual

= Total a pagar $71.624

CUDS (Código único de documento de cobro electrónico): 8195b9732df107cfd7d6524eddcd2f61619d9e85f2f81e08c0d7d1f77d890733c31407bd1aaad7727f2ba0896b6

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Ajuste tarifario al valor	Tarifa***	Total	Cant.	Valor unitario	Ajuste tarifario al valor	Tarifa***	Total
Cargo fijo (pagado (mes)										
Consumo residencial básico (m³)	22.00	$3.608,71	-70	$54.968-	$1.070,62	$23.553,62	22.00	$3.815,51	-70	$58.730-
Consumo residencial superior básico (m³)										
Cargo fijo no residencial (mes)										
Consumo no residencial (m³)										
Subtotal				$54.958-		$23.553,62				$58.730-

2 Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Ajuste tarifario al valor	Tarifa***	Total
Cargo fijo (pagado (mes)			-70		
Consumo residencial básico (m³)	22.00	$3.815,51	-70	$58.730-	$1.144,08
Consumo residencial superior básico (m³)					
Cargo fijo no residencial (mes)					
Consumo no residencial (m³)					
Subtotal				$58.730-	$25.169,42

* Corresponde a los consumos en los últimos 12 meses (6 bimestres). ** (+) Aportes cobrados para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidios aplica para estratos 1, 2 o 3.
*** La tarifa se calcula con base en un promedio de consumo. Si en los subsidios, se descuenta un % si hay un aporte, agrega un %.

Tasas ambientales

Estas tarifas ya están incluidas en el consumo facturado (pesos por metro cúbico)

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$1,86	$26,39
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$87,97
Total por consumo facturado	$186	$581

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Rebaja alta cifra	$0
Diferencia vlor total	$12.047-
Intereses de mora	$0,00
Subtotal	$12.047-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Deuda anterior	$35.481
Subtotal	$35.481

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

6 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 bebitemos

Para quienes requieran desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago puntored

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

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

Acueducto y Alcantarillado

Valor a pagar

$71.624

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

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

(415)7707200485271(8020)433948837188(3900)000000071624