17

F

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia Clínica: 164 | MICROCHIP: 900255002404812 | FECHA: 14/05/25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mono | COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 AÑO | PESO: 4 Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Lina Sofia Palma Garcia | DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: Cl 90 A Sur 15 Este 46 | TELEFONO: 3026276517

CEDULA: 1010182739 | CORREO ELECTRÓNICO: linapalma7@gmail.com

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

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

3. ANAMNESIS

Buen Estado de salud

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___ **CANINOS** PARVO: dd/mm/aaaa ___ TRIPLE: dd/mm/aaaa ___ PENTAVALENTE: ___ HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa ___

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 149 l/m | F. RESPIRATORIA: 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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomia/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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: 1010182739

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA: dd/mm/aaaa	HORA:

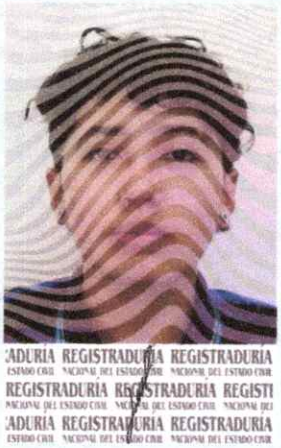
OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ CC
1.010.182.739

APELLIDOS / NOMBRES
PALMA GARCIA
LINA SOFIA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
15-ABR-2007
BOGOTA D.C. - CUNDINAMARCA

FECHA DE EXPEDICIÓN
22-ABR-2025

SEXO
FEMENINO

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

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

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

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 22-OCT-2025

8515147370
22-ABR-2025

17

enel Bogotá

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

3761484-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351534541-9

LUZ MERLY MORALES
CL 90 A SUR NO 15 ESTE 46 PI 1
BOGOTA, D.C. - TIHUAQUE

04 015 8505 / 072-266901

Llevar energía a tu predio es un trabajo en equipo.



El Activa



VALOR kWh APLICADO: $858,43

CONSUMO DIARIO: 3,47 kWh

VALOR DIARIO: $1.310

PERIODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 104 kWh

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

Encuentra nuestras partes Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040150505
RUTA LECTURA:	10040150568
MANZANA DE LECTURA:	MS20130774
MEDIDOR NO:	072-266901
SUBCLASE:	Básica

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



115

601 5 115 115

App Enel Clientes Colombia

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6B - 20
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 128 # 51-30/50 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Corresponsales Bancarios

Red Efectiva

Centros de Servicio

Código QR

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

FECHA GENERACIÓN: 06/05/2025 02:46:35
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 15:07:16

8812

No. Cuenta 3761484-4 8812

$39.290 + Portafolio Final X $0 + Total Aseo $32.810 = $72.100

PAGO OPORTUNO 15 MAY /2025

FECHA DE SUSPENSION 19 MAY/2025

ENERGIA 3761484-4 30 MAY /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBSIDIO

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.310 PESOS.

SUBTOTAL $39.29

Otros cobros, ajustes y saldos a favor

Ajustes a la decena

SUBTOTAL

TOTAL OTROS $39.290

Otros cobros de bienes y servicios

TOTAL OTROS $0

Tan solo cancela hasta el PAGO OPORTUNO para no generar intereses en esta y la FECHA DE SUSPENSION a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por la ausencia y/o ausencia con las cuales podríamos dar el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $43.455

Información que se ha recibido de pago con las características: Decreto Ley 0000504 de la Ley del PAGO OPORTUNO, este estará ver error, este la cual se realiza mayor cargo/s a las tasas de intereses financieros y como por ejemplo en contrario a la cual supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE, el porcentaje de subsidio para el cual usted tiene derecho es del 70% y el valor en $ de este es:

ASEO PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP NIT 901145808-5

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO 12089977

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 351534541-9

PERIODO DE FACTURACIÓN 01.04.2025 a 30.04.2025

DÍAS FACTURADOS 30

HISTÓRICO DE CONSUMO

Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
22.552	18804	20053	18392	20279	22555	20957
16.914						
11.276						
5.638						
0						

DETALLE DE CONCEPTOS

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$104.937
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-73.456
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREDITO	$-3
ASEO - RELIQUIDACION APROVECHA	$1.324
ASEO - INTERES POR MORA	$8

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0.0000 ESTRATO: 1

DENSIDAD: FREC. RECOLECCION: 3

% FACTURACION: 0% FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	3	0
No residenciales	0	0

COSTOS Y TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$57.213,75	$22.565,88	$152.831,36

TARIFAS Y PRECIOS

BARRIDO:	0.00263999
LIMPIEZA URBANA:	0.00105817
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.0000 1623
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.05496953
DESECHOS NO APROVECHABLES:	0.03
APORTE NO APROVECHABLE	0.00

MESES EN MORA 0

TOTAL ASEO $32.810

APORTE NO RESIDENCIAL 0%

APORTE RESIDENCIAL 0%

SUBSIDIO -70%

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

NUMERO DE CLIENTE 3761484-4

Documento Equivalente Electrónico No. 351534541-9

(415)7707289014250(8020)03761484(96)15345419(3900)0000000072100

PAGO OPORTUNO 15 MAY/2025

TOTAL A PAGAR $72.100

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC- Número de Historia clínica: 165

MICROCHIP: 900255002405204

FECHA: 14/05/2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dogi

COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X

RAZA: criollo

EDAD: 1 año

PESO: 3.8

POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X

TIPO DE ALIMENTACION: 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: Brigitte Zulaid Avila Maldonado

DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: cll 75 sur # 11 Este 81

TELEFONO: 3202682705

CEDULA: 1032.501.747

CORREO ELECTRÓNICO: Ba.avilam@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Doña Liliana Suarez sur

ESTRATO: 1

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: NS/NR: bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: __CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
143 l/m	21 r/m	38.3 °c	2 seg	Rosada

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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:
Brigitte Avila	1032501747

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:

04

17

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.032.501.747
AVILA MALDONADO
APELLIDOS
BRIGITTE ZULAID
NOMBRES

Brigitte Zulaid
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-DIC-1998
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50
ESTATURA

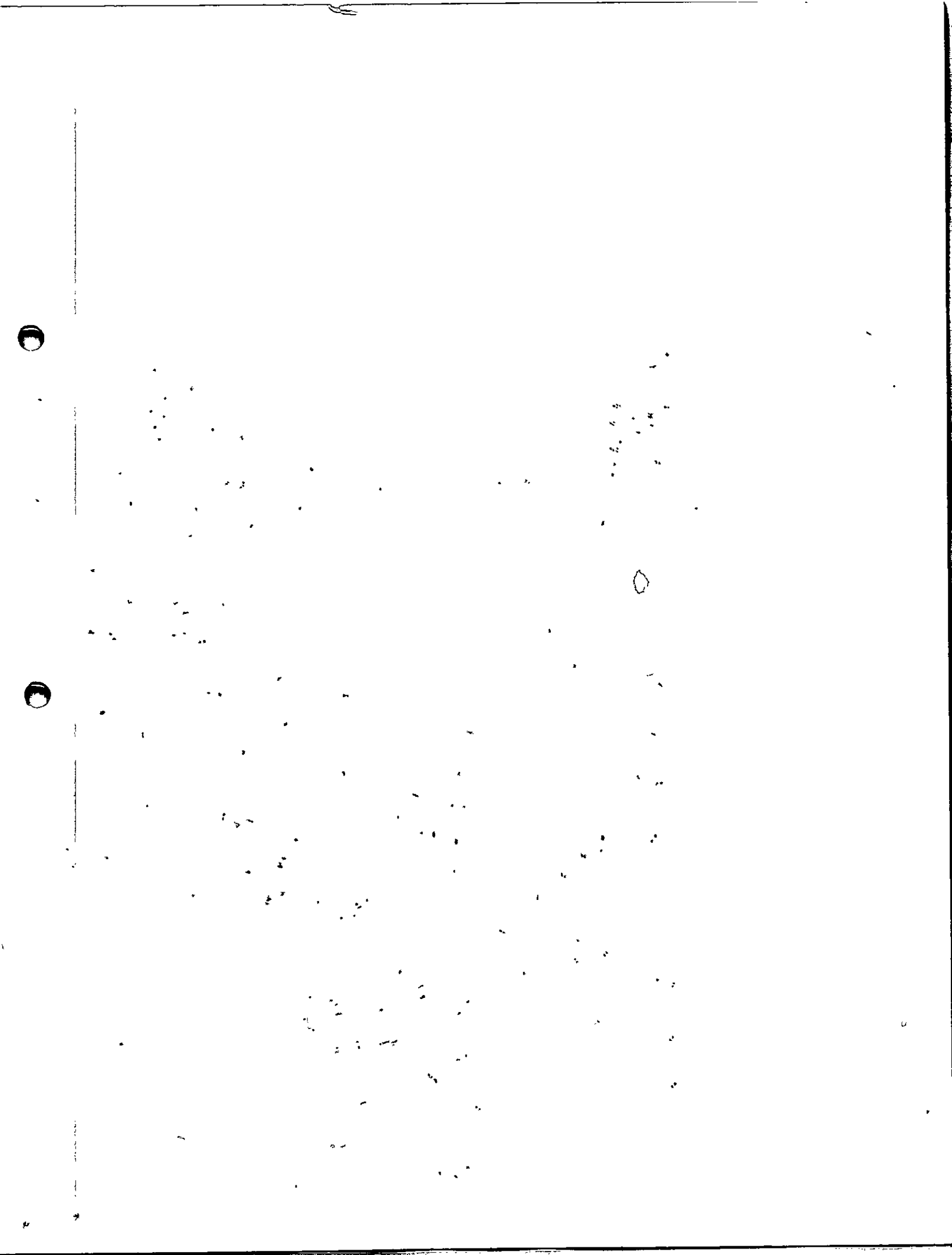
O+
G.S. RH

F
SEXO

14-DIC-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00680077-F-1032501747-20170131 0053386376A 1 47439533



04

17

enel | Bogotá

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

Para pago y consultas su número de cuenta es: **1947120-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347868200-6

CLIENTE

ERIKA MILENA BARRETO ALFONSO
CL 75 SUR NO 11 F ESTE 81
BOGOTA, D.C. - JUAN REY SUR

04 010 4075 / 018-19344310

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

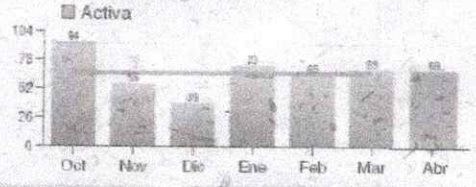
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, informamos que hemos actualizado nuestros canales de atención para consultas y reclamos sobre el tratamiento de los datos personales.

Nuevo canal / Formulario online:
www.enel.com.co/es/contactanos/protección-de-datos.html

También puedes seguir usando el canal de Bogotá a través de Bogotá App 5185000033, línea de servicio 601 5 115 115 opción 3 y 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: 2,23 kWh
VALOR DIARIO: $831

PERÍODO FACTURADO: 01 MAR 2025 A 31 MAR 2025
DÍAS FACTURADOS: 31
CONSUMO MES 69 kWh

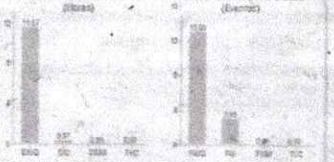
Estas líneas contienen aviso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040104075
RUTA LECTURA:	10040100137
MARCA DE LECTURA:	MS00134776
MEDIDOR NO:	018-19344310
SUBCLASE:	Básica

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

CALIDAD DEL SERVICIO



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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes: enel.com.co/es/personas/tramites-y-solicitudes.html
Chat de servicios: enel.com.co/es/personas/chat-de-servicios.html
316 890 6000 (Llama Gratis a través de Asistente)
Enel Colombia | @EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Soacha y Cundinamarca	Suscriptores	Hipoacúsicos
601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5 115 115 opción 3

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

Billetera Virtual: daviplata, MOVii, wenia, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Baloto, MOVIRED, Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el respectivo recibo del corresponsal. El sello del corresponsal no es un recibo 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 # 54-09/40 Local 129-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025
G: $391,70 T: $49,85 D: $272,88 CV: $76,30 PR: $60,89 R: $12,90 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: V04 2008TR1 - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 2514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,84 por ml. 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 dentro de la forma establecida para dicho propósito. Para evitar interrupciones comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 812 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0001 de 10 de diciembre de 2008.

Sobre el acto de aceptación presente al consumo es responsable 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 consulte www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, de establecimos comunicamos, semanales y recomendaciones generales a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para conocer mayor información, le invitamos a consultarlo en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 812 115, 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 Colombiano, de acuerdo con la autorización expresa emitida por el [illegible] de la factura como causal de embargo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el agravio que produzca los trámites, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con el [illegible] 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 periféricos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-9. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 04/04/2025 00:41:09
FECHA EXPEDICIÓN: 04/04/2025 13:28:16

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.085.992-6 | Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nomina del SW: CENFacturacion - NIT 860.321.181-0

$25.770 + $0 + $11.490 = $37.260

PAGO OPORTUNO
15 ABR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
21 ABR /2025

ENERGÍA

1947120-0

30 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGÍA HORA PI	335										
ENERGÍA REACTIVA	0										
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar: 130.00 kWh										

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $231 CHAMOS

SUBTOTAL $25.772

Otros cobros de productos y servicios

Anteriores a la factura

SUBTOTAL $0

TOTAL A PAGAR $25.770

TOTAL OTROS $0

Si no cancelas la factura en la fecha de PAGO OPORTUNO para los general, suspensión de red y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por la cancelación y de acuerdo con los costos publicados en el portal Enel, el costo por reconexión se incrementará en $101.883 (IVA incluido).

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (B1 - 130 kWh mes) es de 65,73 %

ASEO

PRESTADOR: PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP

ASEO: 1

NIT: 901145808-5

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	11233121	DÍAS FACTURADOS	31
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	347869200-6		
PERIODO DE FACTURACIÓN	01.03.2025 a 31.03.2025		

CONSUMO M3 (PROMEDIO 11277)

Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
11.276	9955	9402	10027	9445	10139
9.457					
5.632					
2.819					
0					

ESTRATO: 1

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$34.761
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-24.333
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$1.061
ASEO - INTERES POR MORA	$1

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0.0000 — ESTRATO: 1

DESECHO: — FREC. RECOLECCIÓN: 3

% RECICLADOR: 0% — FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTO FIJO TOTAL: $19.126,20

COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE: $7.462,69

VALOR BASE APROVECHABLE: $152.831,36

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

MESES EN MORA: 0

TOTAL ASEO: $11.490

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

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

NÚMERO DE CLIENTE
1947120-0

Documento Equivalente Electrónico No.
347869200-6

(415)7707203914253(8020)0119471200347869200(3930)0000000037260

PAGO OPORTUNO
15 ABR /2025

TOTAL A PAGAR
$37.260

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de historia clínica: 166	MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002404992	FECHA: 14-05-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Niño Vivas				COLOR: Cafe-negro	
ESPECIE: CANINO___FELINO X	SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA Mestiza	EDAD 4A	PESO: 38kg	POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X			TIPO DE ALIMENTACION: 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: Cristian David Vivas Jimenez	DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS CL 89 Sur 14B este 17	TELEFONO 3206625317
CEDULA: 1023962868	CORREO ELECTRÓNICO: cristianvivasjimenez3@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Los Soches / 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. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: __CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa	TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:
NA	noviembre/2024	dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y	
		BORDETELLA: dd/mm/aaaa	
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: agosto/2024

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 143 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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:
Cristian Vivas	1023962868

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA: dd/mm/aaaa	HORA:

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.023.962.868**

VIVAS JIMENEZ

APELLIDOS

CRISTIAN DAVID

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-MAR-1997**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-OCT-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00856099-M-1023962868-20161017 **0051**871039A 1 45252497

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: **1844071-3**

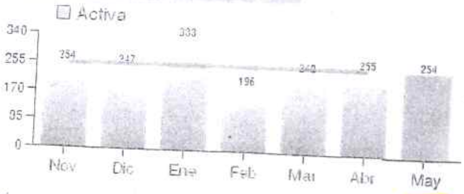
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351512258-6

CLIENTE

CLAUDIA PATRICIA SALINAS
CL 89 SUR NO 14 B ESTE 17
BOGOTA, D.C. - LOS SOCHES

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

04 012 6283 / 018-25367323



VALOR kWh APLICADO: $858,43

CONSUMO DIARIO: 8,47 kWh

VALOR DIARIO: $5.185

PERÍODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 254 kWh

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

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!

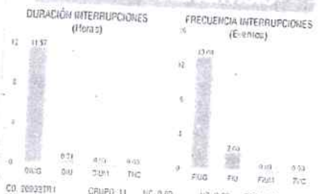
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR

®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:	2.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040126283
RUTA LECTURA:	10040130488
MANZANA DE LECTURA:	MS00134402
MEDIDOR NO:	018-25367323
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 20922TR1 PERIODO: 2025-03 GRUPO: 11 D: 228.94 NC: 0.00 CF: 240,00000 VC: 0.00 HC: 0.00 CEC: 0.00 UT: 1.00

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

¿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, Nequi

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Reval, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Metro

Código QR

CONTÁCTANOS

Trámites 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 pasa Asesor)

Enel Colombia @EnelClientesCO

Regístrate gratis: Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE: Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

EMERGENCIAS: 115 Gratuito las 24 horas

DENUNCIAS: 601 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

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: UM10-20922TR1 - - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

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

Sobre el contenido de la presente factura 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 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: 06/05/2025 02:36:58
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 16:37:12

CUDE: c29327250b1396d3934dd8837264ecf98615d6d76ee6b6alb9fd3b4f5bc4c0eb102e29db87a21f6072f1971bc38814

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFactura - NIT 890 321 151-0

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 167

MICROCHIP: SI Núr 900255002404993 Expiry – Date: 2030/02/07

FEC HA: 14-05-25 dd / mm / aaaa

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE C.

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Rocky Jimenez Ruiz				COLOR: Negro - blanco	
ESPECIE: CANINO___FELINO X	SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 1 año	PESO: 3.8	POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X			TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO	

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO X ___COMPRADO____ADOPTADO___REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Milena Jimenez Ruiz		DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: Cll 89 Sur #14 B este 17	TELEFONO: 3208121549
CEDULA: 52-727.353		CORREO ELECTRÓNICO: dianamilenajimenezruiz9@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Los Soches	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL		

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa	HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa	TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:
N-A.	NOV-2-24	dd/mm/aaaa BORDETELLA: dd/mm/aaaa		PARAINFLUENZA Y
		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: 148 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	0.11 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomía/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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: 52727355

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA: dd/mm/aaaa	HORA:

OBSERVACIONES:

22

17

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.727.353**

JIMENEZ RUIZ

APELLIDOS

DIANA MILENA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-FEB-1978**

ROVIRA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

01-OCT-1999 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00254908-F-0052727353-20100913 **0023**865991A 1 1170940002

17

21

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: **1844071-3**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351512258-6

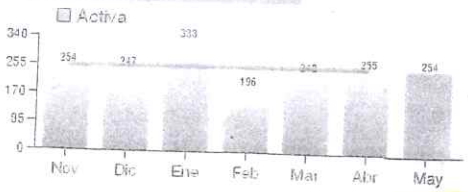
CLIENTE

CLAUDIA PATRICIA SALINAS
CL 89 SUR NO 14 B ESTE 17
BOGOTA, D.C. - LOS SOCHES

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

04 012 6283 / 018-25367323

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $658,43

CONSUMO DIARIO: 8,47 kWh

VALOR DIARIO: $5.185

PERÍODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 254 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 251 kWh

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

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

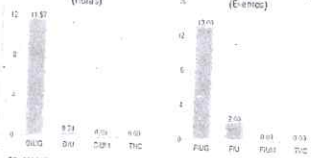
$ ☺

®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:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040126283
RUTA LECTURA:	10040130488
MANZANA DE LECTURA:	MS00134402
MEDIDOR NO:	018-25367323
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 2003TH1 GRUPO: 11 NC: 0,00 VC: 0,00 CSE: 0,00
PERÍODO: 2025:03 Cr: 220,04 CF: 370,00000 MC: 0,00 MT: 1,00 VA: 0,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 009 de 2019

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
315 680 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia | @EnelEstamosCO
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 5140365 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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: MAR/2025
G: $358,40 T: $58,26 D: $293,28 CV: $78,75 PR: $87,50 R: $23,76 CF: $0,00 / $658,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: [illegible] - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Regimen 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 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 da 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: 06/05/2025 02:36:58
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 16:37:12

CUDE: c2932725000139603934dd8837264ecl9865d6d76ee6b6eb9fd3b4f5bc4c0eb102e29db67a211f6072f1971bc38814

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 830.321.151-0

17

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 168	MICROCHIP: 900255002405198	FECHA: 14/05/2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: calle 2				COLOR: pardo / blanco	
ESPECIE: CANINO___FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA criollo	EDAD 1 año	PESO: 6 Kg	POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO_____CONCENTRADO___ MIXTO X OTRO_____	

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO___REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO Nacio casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS	TELEFONO
CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:	
BARRIO O VEREDA / ESTRATO:	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA___APTO___ RURAL	

3. ANAMNESIS

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa NR	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa 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: 148 l/m	F. RESPIRATORIA: 21 r/m	TEMPERATURA: 38.6 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas	
OBSERVACIONES: —					

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.6 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.6 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.3 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION
En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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:

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS		
LUGAR:	FECHA: dd/mm/aaaa	HORA:
OBSERVACIONES:		

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 169

MICROCHIP: SI Núme: 900255002405004

FEC HA: 14-05-25 dd/mm/aaaa

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ghost Trujillo

COLOR: Blanco-Amarillo

ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X

RAZA: Holizo

EDAD: 8 M

PESO: 4.0 k

POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X

TIPO DE ALIMENTACION: 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: Karen Nayired Trujillo Morales

DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: cll 90 n Sur # 15 este 46

TELEFONO: 3228339464

CEDULA: 1.000.573.503

CORREO ELECTRÓNICO: karenjyired@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Tihuaque.

ESTRATO: 1

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud.

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Enero-2-25

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
143 l/m	27 r/m	38.9 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animál 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 preacaución 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:
Karen Morales	1000573503

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

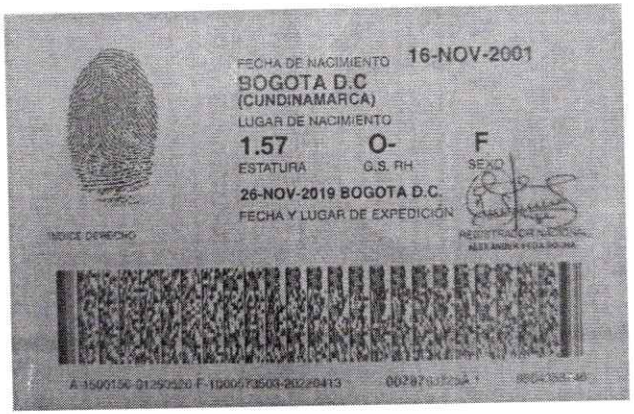
Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

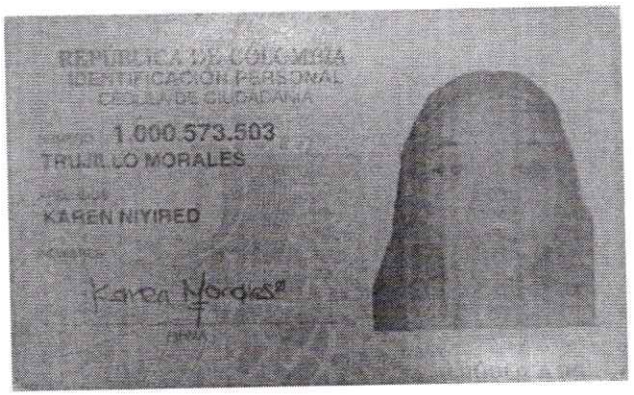
Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación:	Firma:

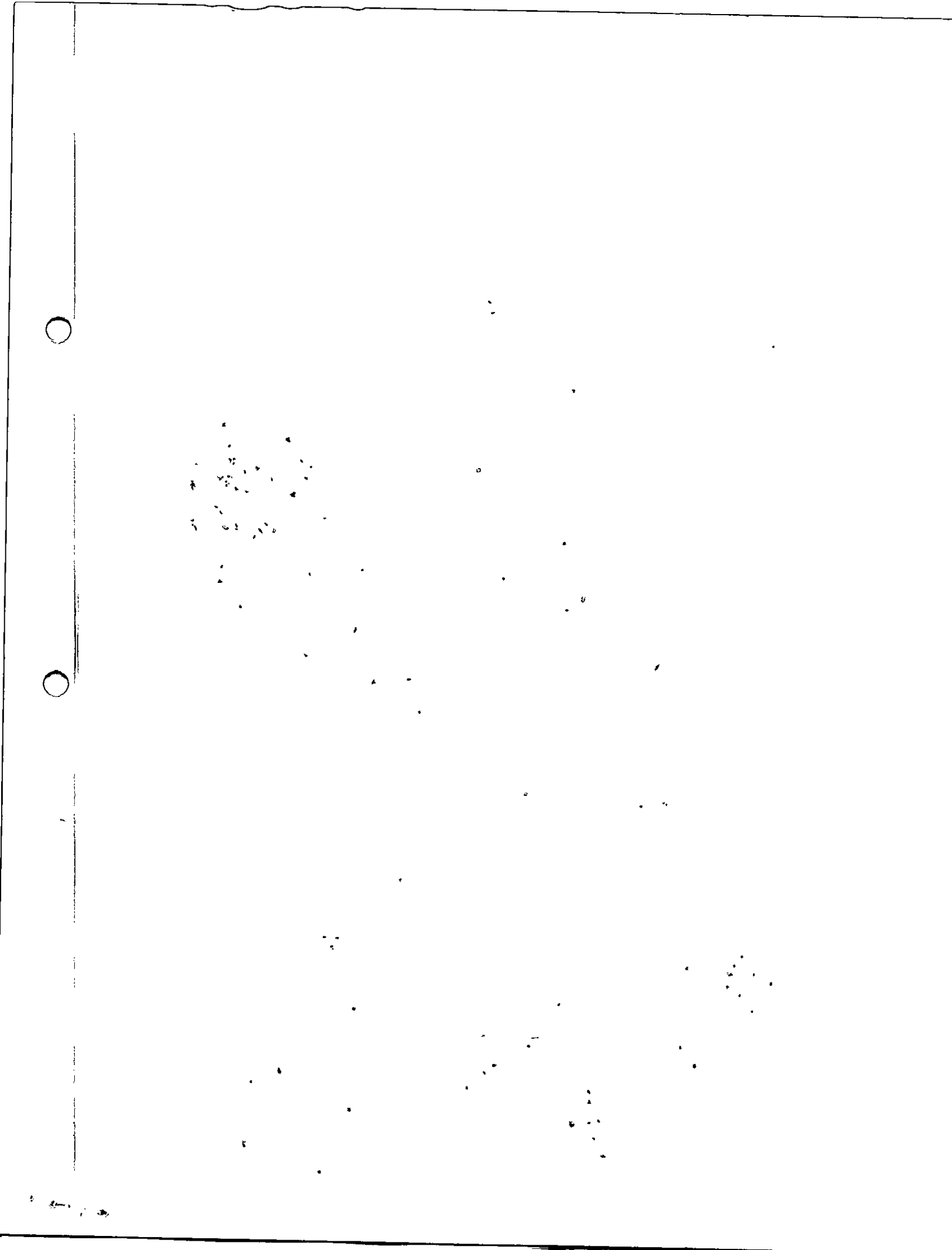
9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA: dd/mm/aaaa	HORA:

OBSERVACIONES:


FECHA DE NACIMIENTO 16-NOV-2001
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
O-
G.S. RH
F
SEXO
26-NOV-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
1.000.573.503
TRUJILLO MORALES
KAREN NIYIRED
FIRMA



17

18

8812

enel Bogotá

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

3761484-4

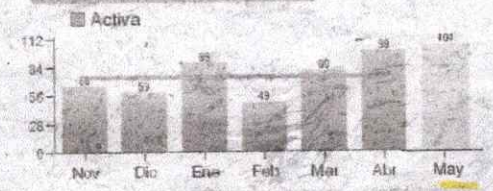
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 361534541-9

LUZ MERLY MORALES
CL 90 A SUR NO 15 ESTE 46 PI 1
BOGOTA, D.C. - TIHUAQUE

04 015 8505 / 072-266901



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $658,43

CONSUMO DIARIO: 3,47 kWh

VALOR DIARIO: $1.910

PERIODO FACTURADO: 01 ABR 2025 A 30 ABR 2025

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 104 kWh

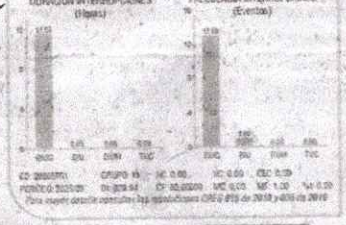
¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos
Crédito Fácil COOENSA acercándolo al DR.
Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. y sus subordinadas son entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia y Asociación sujeta a políticas propias de la entidad. Conozca más en www.scotiabankcolpatria.com

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
[illegible] APARTO:	10000040158505
TA LECTURA:	10040150585
NZANA DE LECTURA:	MS20130774
EDIDOR NO:	072-266901
BCLASE:	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

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuita desde 24 fuentes

601 6440095

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A. E.S.P. — TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Bogotá # 69 - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 129 # 54 - 39/60 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: MAR/2025
G: $330,40 T: $56,28 D: $283,36 CV: $78,75 PR: $67,90 R: $23,75 CF: $0,00 / $658,43 Costo kWh Mes

ESTRATO: 1 CONSUMO: 104 kWh - NIVEL DE TENSIÓN PROPIO: Bajatensión
FACTOR ECONÓMICA 35% Demostración de Energía Distintos Tarifa 13,84 por mil. Somos autorreteadores según Resolución No. 0047 de 28 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos dentro 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. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 diciembre de 2020.
"Sobre el acto de suspensión proceden el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa y previo a la suspensión del servicio."
Para facturar de cobro pronto monto adeudado 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 modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, deberes 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, 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 recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Colmenas), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el Cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención dispuestos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 05/05/2025 02:46:35
FECHA EXPEDICIÓN: 05/05/2025 15:07:16

Factura impresa por Computer Edición de Comunicación (editor) 800 (NIT 800 [illegible])

Proveedor Tecnológico: Cenvalsf Tecnologías y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: GENPlandoro - NIT 900.321.151-0

23.941 - Página 1 de 2

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de historia clínica: 170 | MICROCHIP: Expiry—Date: 2030/02/07 900255002404818 | FECHA: 14-05-25 dd/mm/aaaa

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Olaf Sanchez | COLOR: blanco

ESPECIE: CANINO___FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 1A | PESO: 4.5Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X | TIPO DE ALIMENTACION: 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: Blanca imelda Sanchez Chirivi | DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS Kr 15 este 81 sur 62 | TELEFONO 3128997995

CEDULA: 51.976.508 | CORREO ELECTRÓNICO: 3128997995@sincorreo.com

BARRIO O VEREDA San Pedro Sur | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: NS/NR: primaria | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Ene 2025 | ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: Ene 2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 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	0.5 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 histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION
En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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: Blanca Sucha Nro de Identificación: 51976508

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS		
LUGAR:	FECHA: dd/mm/aaaa	HORA:
OBSERVACIONES:		

32

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
51976508

NUMERO

SANCHEZ CHIRIVI

APELLIDOS

BLANCA IMELDA

NOMBRES

Blanca Imelda Sanchez Chirivi

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-MAY-1968

FIRAVITOBA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

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

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500100-42089162-F-0051976508-20010806 02831 01215A 02 099350160

32

17

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 consulte su número de cliente es: **2561670-3**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347830422-0

CLIENTE

BLANCA IMELDA SANCHEZ CHIRIVI
KR 15 ESTE NO 81 SUR 62
BOGOTA, D.C. - SAN PEDRO SUR

04 016 4047 / 074-1009512

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

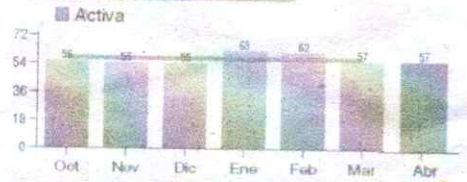
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, informamos que hemos actualizado nuestros canales de atención para consultas y reclamos sobre el tratamiento de tus datos personales.

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

También puedes seguir comunicándote a través de Elena WhatsApp 3188900003, 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: 1,84 kWh

VALOR DIARIO: $587

PERIODO FACTURADO: 01 MAR/2025 A 31 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES: 57 kWh

CONSUMO PROMEDIO DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES: 24 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040164047
RUTA LECTURA:	10040160070
MANZANA DE LECTURA:	MS00133726
MEDIDOR NO:	074-1009512
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
Chat de servicio en línea
316 890 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia
@EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

ZONA PRIVADA DE LA PÁGINA WEB

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale!, MOVIL, NEQUI, tpaga

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

Red Distrital

Centros de Servicio: RED CADE, enel

Almacenes de Cadena: Jumbo

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del datafono. El sello del corresponsal no es un soporte valido en caso de reclamo.

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

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

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 0 B - 20

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54-38/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: PEB/2025
G: $361,70 T: $46,85 D: $272,86 CV: $76,28 PR: $69,89 R: $12,90 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: LM38-20960TH1 NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 9514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1996.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos dentro 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 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.

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 04/04/2025 00:47:12
FECHA EXPEDICIÓN: 04/04/2025 15:08:22

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios BAS BIC - Nombre del SW: CENFacturero - NIT 890.321.151-0

CUDE: 2a75113f88e8f84a9540f340bd5cd7868b

17

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC- Número de historia clinica: 171

MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002405007

FECHA: 14-05-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Honky Hernandez

COLOR: Anaranjado

ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X

RAZA: Mestizo

EDAD: 5M

PESO: 3.4kg

POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X

TIPO DE ALIMENTACION: 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 Hernandez Aguilar

DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: Kr 14C este 90A sur 15

TELEFONO: 3132603277

CEDULA: 1023890468

CORREO ELECTRÓNICO: diana12hernandez1@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Villa diana

ESTRATO: 1

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa NA

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
148 l/m	26 r/m	38.7 °c	2 seg	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	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Diana Hernandez	1023890468

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

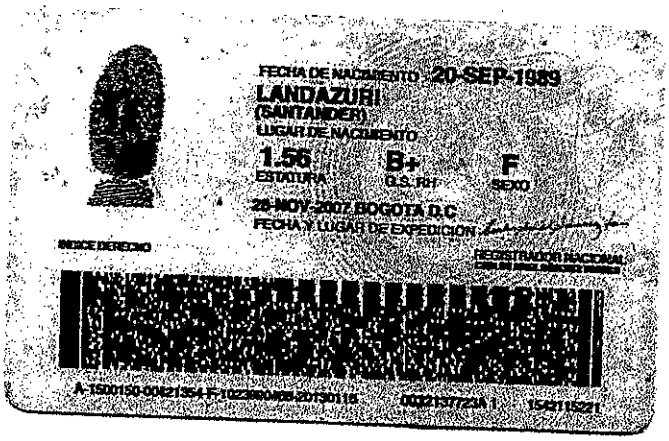
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.023.890.468
HERNANDEZ AGUILAR
APELLIDOS
DIANA CAROLINA
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 20-SEP-1989
LANDAZURI
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56
ESTATURA
B+
G.S. RH
F
SEXO
28-NOV-2007 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Plata · Efecty · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Escanea para pagar tu factura

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

Si se suspende el servicio por falta de pago durante el periodo de riesgo en caso de que se emita electrónica el mismo o de no estar de acuerdo con el valor facturado, el cliente puede presentar un recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días siguientes a la fecha de suspensión. Como consecuencia del pago oportuno de la factura el cliente puede acceder a los beneficios de ley 142 de 1994 y puede hacer uso entre otros de la línea telefónica para peticiones quejas y reclamos de la superintendencia. Para el cómputo de la

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.048.812-8

27

¡Hola!

ANA DELFA AGUILAR
KR 14C ESTE 90A SUR 15 - VILLA DIANA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120220003826619

Lote: P09GN **Ruta:** 0011270186780005000 **Código del Sector:** 386

Cuenta o referencia de pago **61776150**

vanti Listo

Compra [illegible] y paga a cuotas directo en la factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

386
0011270186780005000
P09GN

Factura de gas

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago: 61776150

BOGOTÁ

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 27 Mar. 2025
2. Fecha de suspensión: 28 Mar. 2025
3. Periodo facturado: Feb. - Mar. 2025
4. Emisión de tu factura: 14 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	15M3	2.825,91	0,00	42.388,65
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	3.167,28	0,00	63.345,60
MENOS SUBSIDIO (63%)	1UN	-33.370,46	0,00	-33.370,46
AJUSTE DECENA	1UN	4,03	0,00	4,03
RECAUDO TERCEROS Cosepark Protec	0	39.414,00	0,00	39.414,00
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	47,58	0,00	47,58

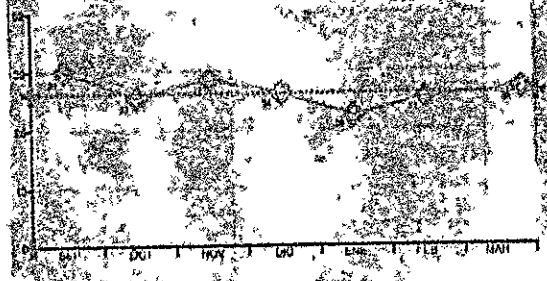
1 – Total $111.830,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
12 Feb. 2025	1368	REAL
12 Mar. 2025	1411	REAL

m³ consumo: 1411 - 1368 * Factor de corrección = 35

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

Novedades de tu factura

Cuota $2825,91

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.754

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: **31 Ago. 2028**

La revisión de la instalación interna es de responsabilidad del usuario y debe realizarse en los plazos establecidos en la resolución vigente. Resoluciones 067 de 2017 y 4183 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2825

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1004.07 Tm: 826.07 Dm: 821.22 Cm: 0.0
Pr: 72.75 Lvm: 0.0 Cvm: 0.0 Cvnm: 0.0
Cdm: 0.0 Pvpm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

kWh*10 equivale en m³ de gas equivale a: 4.15
kWh y el precio unitario del kWh es: $179.218

Factor de corrección

Vmc: 45 Kp: 0.760220 Kt: 1.00533 Pc: 0.77036
Vc: 35 Tmc: 14.03 Tm: 15.06 Pz: 1.01009
Pzv: 0.751 Pmc: 0.023 Pzpv: 1.0
Factor de corrección: 0.77036

Indicadores de calidad

IRSM: 100.0 DSM: 0.0 IC: 100.0 IMI: 100.0





Valor facturas vencidas

$0,00

Total a pagar 1+(2+3)

$111.830,00

Pago por

Escanea el código QR



(415)7709998026025(8020)61776150(3900)0000000111830



Factura No: F1382500935

37948

C1

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC- Número de Historia clínica 772 | MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002404996 | FECHA: 14 de 05 de 25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lufy Cevalles | COLOR: Gris

ESPECIE: CANINO___FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 1A | PESO: 4kg | POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACION: 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: Javier Stiven Cevalles Ortiz | DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS CL 90sur 15este 27 | TELEFONO 3146521135

CEDULA: 1110599114 | CORREO ELECTRÓNICO: Stivenortiz1110@gmail.com

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

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa diciembre 2025

ULT. VACUNACION: NS/NR: __CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 146 l/m | F. RESPIRATORIA: 22 r/m | TEMPERATURA: 38.8 ºc | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	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	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION	
En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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: Steven Ortiz	Nro de Identificación: 1105944114

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS		
LUGAR:	FECHA: dd/mm/aaaa	HORA:
OBSERVACIONES:		

AO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.110.599.114
CEVALLES ORTIZ
APELLIDOS
JAVIER STIVEN
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-JUL-1999
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
10-JUL-2017 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2900100-00925563-M-1110599114-20170725 0056605551A 1 48463514

17

40

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: **1967638-1**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351564063-8

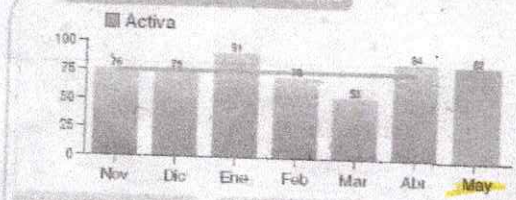
CLIENTE

MARINA BAEZ DAVILA
CL 90 SUR NO 15 ESTE 27
BOGOTA, D.C. - TIHUAQUE

04 015 8610 / 018-19403030

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $658,43
CONSUMO DIARIO: 2,73 kWh
VALOR DIARIO: $1.033

PERÍODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025
DÍAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES: 82 kWh

Estimada tu factura revisa si 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.
Solicitud aprobada de The Bank of Nova Scotia, utilizando bajo licencia, Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a políticas de crédito de la entidad. Consulta más en www.creditofacilcodensa.com

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000004158610
RUTA LECTURA:	10040150692
MANZANA DE LECTURA:	MS29130774
MEDIDOR NO:	018-19403030
SUBCLASE:	Básica

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA
Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz, esto iluminará los espacios de tu hogar.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enelcolombia.co/personas/radicadores
Chat de servicio en enelcolombia.co/personas/chat-de-atencion
316 680 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
@EnelColombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

CANALES DE ATENCIÓN AL CLIENTE	CONTÁCTANOS	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

Billeteras Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Baloto, Red Gaval, MOVII RED, Efecty

Red Distrital: RED CADE

Puntos de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

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

Si pagas en un establecimiento financiero, exige el comprobante del deudor. El aseo del corresponsal no es un concepto válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: MAR/2025
G: $338,40 T: $56,28 D: $293,36 CV: $76,75 PR: $67,69 R: $23,75 CP: $0,00 ($658,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CRÉDITO: MRB-2008781-- NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 2514 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 1998

Acoge 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 16 de diciembre de 2020.

Frente a la falta de entrega oportuna de la factura, el cliente podrá reclamar ante la Empresa dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de suspensión, de conformidad con el artículo 130 de la ley 142/1994.

Frente al 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.

En cumplimiento de la resolución CREG 0097 de 2013, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y las usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlo 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 las usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlo en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor comunícate a los canales de atención 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. 860.063.875-6. Emasaí vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 06/05/2025 02:38:42
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 17:42:14

CUDE: 76ed106b1c7e42e5c8fc3a096666b51782eb4d95ace592c09a50f32e0b2b5ef6fbe52f6c4941a0f45c103229db6f29006b

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.060.853-3 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturación - NIT 899.301.151-0

17

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clinica: 173 | MICROCHIP: SI Núr 900255002404811 Expiry – Date: 2030/02/07 | FEC HA: 14/05/25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Niño Torres Portilla | COLOR: Blanco - Gris

ESPECIE: CANINO___FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año | PESO: 3 - 5 kg | POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACION: 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: Brayan Esneider Tores Portilla | DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: cll 90 sur # 15 este 27 | TELEFONO: 3106772562

CEDULA: 1-023-875-828 | CORREO ELECTRÓNICO: fernandaportilla2706@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Tihuaque. | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N-A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: enero - 17-25

ULT. VACUNACION: NS/NR: __CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa DIC-20-24

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 149 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38-5 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosados

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía: Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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:
Brayan Torres	1023875828

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA: dd/mm/aaaa	HORA:

OBSERVACIONES:

39



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.023.875.828

Apellidos
TORRES PORTILLA

Nombres
BRAYAN ESNEIDER

Nacionalidad
COL

Estatura
1.65

Sexo
M

Fecha de nacimiento
31 MAYO 2006

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
03 JUL 2024, BOGOTA D.C.

Firma
Brayan torres

Fecha de expiración
03 JUL 2034

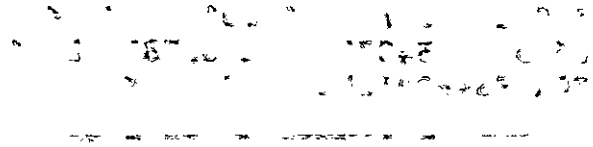


.CO

049537167

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL049537167415001<<<<<<<<<<
0605313M3407035COL1023875828<1
TORRES<PORTILLA<<BRAYAN<ESNEID



17

39

enel | Bogotá

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

Para futuras consultas o reclamos de cliente No. **1967638-1**

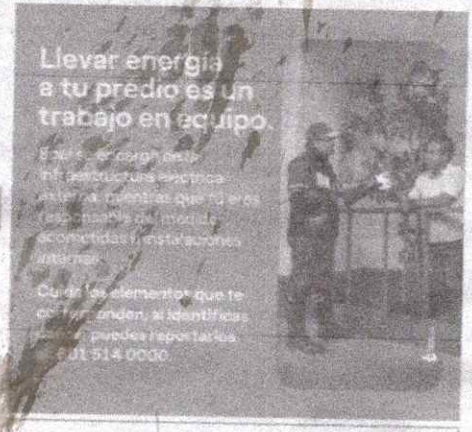
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351564063-8

CLIENTE

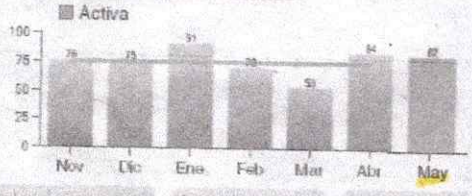
MARINA BAEZ DAVILA
CL 90 SUR NO 15 ESTE 27
BOGOTA, D.C. - TIHUAQUE

04 015 8610 / 018-19403030

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $856,43

CONSUMO DIARIO: 2,73 kWh

VALOR DIARIO: $1.033

PERIODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 82 kWh

Estas son algunas lecturas a tu **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.
Alianza comercial de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación, tarifa e publicidad crédito 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:	10000040158610
RUTA LECTURA:	10040150692
MANZANA DE LECTURA:	MS20130774
MEDIDOR NO:	018-19403030
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

Bogotá, Sabana y Cundinamarca: 601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

601 5140055 denuncias@enel.com

www.enel.com.co/es/personas/defensor-clientes
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 Chilina, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: dale, Nequi, Ipaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Efecty, Gana, Red Multipagos, Servibanca, Su Red, Su Red Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Alkosto, Makro

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P	TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P	Avenida Boyacá # 6 B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P	Calle 139 # 54-30/40 Local 123 124

Línea de servicio al cliente 110

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

G: $338,40 T: $59,29 D: $270,26 CV: $78,75 PR: $67,90 R: $23,75 CP: $0,00 / $925,43 Costo kWh Mes.

GRUPO: 11 CIRCUITO: UR05-20007701 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACUERDO ECONÓMICO: 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.

Sírvase 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 comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión previsto el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá proporcionarse 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 aquí para conocer

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, los establecimientos obligaciones, actividades y responsabilidades normadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y 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 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 es 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: 06/05/2025 02:38:42
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 17:42:14

CUDE: 76ed10fc1c7e4e5c0f6c3a09666b51782cb44955ace5f02c09a5f0f32a0f03e5e8f6b952ffcc4841a0f145c1032268d6f2f0096c

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.085.812 | Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios BAS SIC - Nombre del SW: CENFinanciero | NIT 890.391.151-0

17

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC- Número de Historia clínica: 174

MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002404823

FECHA: 14-05-25 dd/mm/aaaa

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tom

COLOR: Gris - Negro

ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X

RAZA: Mestizo EDAD: 3M

PESO: 3Kg

POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X

TIPO DE ALIMENTACION: 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: Leidy Tatiana Correa Ramirez

DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: Cl 90C Sur 23 este 37

TELEFONO: 3212585645

CEDULA: 1023897202

CORREO ELECTRÓNICO: 3212585645@sincorreo.com

BARRIO O VEREDA: Villa Diana

ESTRATO: 1

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa NR

ULT. VACUNACION: NS/NR: X **CANINOS** PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: 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: 140 l/m | F. RESPIRATORIA: 27 r/m | TEMPERATURA: 38.6 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: ——

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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:
KEIDY TATIANA CORREA	1023897.202

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____Identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.023.897.202
CORREA RAMIREZ
APELLIDOS
LEIDY TATIANA
NOMBRES
LEIDY TATIANA C.
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 27-MAY-1990
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
24-JUN-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-1500150-00133170-F-1023897202-20081203
0007456308A 1
28622607

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

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



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

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

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

Agenda tu Revisión escaneando el QR

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

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Plata · Rappipay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestro 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 7048230722024

45

¡Hola!

HECTOR JULIO MARTINEZ
CL 90C SUR 23 ESTE 37 - VILLA DIANA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5127104-400008420

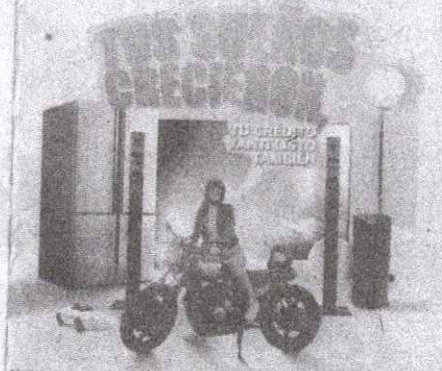
Lote: P09GN **Ruta:** 0011270201090005000 **Código del Sector:** 386

Cuenta o referencia de pago **61800216**

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



vanti Listo

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

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

*exclusivo para financiar moto

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

Éxito · Alkosto · Falabella · Homecenter · Bajaj

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

386 0011270201090005000 37491 P09GN C1

Factura de gas

Abril 2025

Cuenta o referencia de pago **61800216**

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** 02 May. 2025
2. **Fecha de suspensión** 03 May. 2025
3. **Periodo facturado** Mar. - Abr. 2025
4. **Emisión de tu factura** 15 Abr. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	4M3	2.942,88	0,00	11.771,52
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	3.282,01	0,00	65.640,20
MENOS SUBSIDIO (54%)	1UN	-35.320,99	0,00	-35.320,99
AJUSTE DECENA	1UN	-2,49	0,00	-2,49
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	1.485,78	0,00	1.485,78

1 — Total **$43.574,02**

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.9100 % Financiación Deuda	12/14	24.555,98	1.485,78	24.555,98

2 — Total **$24.555,98**

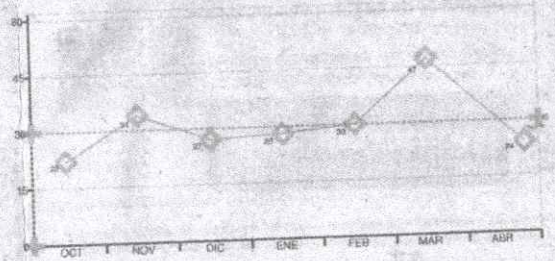
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$68.130,0**

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
12 Mar. 2025	5258	REAL
11 Abr. 2025	5289	REAL

m³ corregido= 5289 - 5258 * Factor de corrección = 24

Tu próxima lectura será Entre 09 y el 14 de Mayo

Novedades de tu factura

CuVa $ 2942.88

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

(415)7709998026025(8020)61800216(3900)00000000068130

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Jul. 2028

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

Tanto regulado por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Gm: 1692.63 Tm: 573.01 Dm: 621.53 Cm: 0.0
α: 55.71 Cvm: 0.0 Cvtm: 0.0 Cvvm: 0.0
Com: 0.0 Fpm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjlm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 283 kWh y el precio unitario del kWh es: $148.73

Factor de corrección

Vm: 31 Kp: 0.76727 Kt: 1.00484 Pt: 0.77098
Vc: 24 Im: 14.17 Tc: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 Fpv: 1.0
Factor de corrección: 0.77098

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPU: 100.0



Factura No. F1585116660S 37491 C1

CUFE:a1f6361ec4f16b486f6833838f0f4725ae77fd0202f106dd0a45167e2a8948a8f0f6f0d97491269e16e9a99b1535d416a1b5

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA
HC - Número de Historia clínica: 175
MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002405196
FECHA: 14/05/25
ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bebe Castaño
COLOR: Anaranjado
ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X
RAZA: Mestizo
EDAD: 3A
PESO: 5kg
POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X
TIPO DE ALIMENTACION: 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: Hilda Nelly Castaño Zuluaga
DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: Cl 83 sur 38A este 59 01
TELEFONO: 3208425134
CEDULA: 51.933.285
CORREO ELECTRÓNICO: 3208425134@sincorreo.com
BARRIO O VEREDA: Santa Librada
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria
TIPO DE VIVIENDA: CASA___APTO_X_RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA
ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa NA
ULT. VACUNACION: NS/NR: __CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa
FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa abril 2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
146 l/m	22 r/m	38.6 °c	2 seg	Rosado

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 histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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:
Lylda castaño	51933285

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA: dd/mm/aaaa	HORA:

OBSERVACIONES:

50


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 51.933.285
CASTAÑO ZULUAGA
APELLIDOS
HILDA NELLY
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 21-ENE-1968
SANTUARIO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
02-ABR-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500105-47152043-F-0051933285-20061115
01731 06318A 02 215357074

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

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

Grupo Vanti **Comunica:**

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

www.grupovanti.com

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gasoriente S.A. ESP, Gasnacer S.A. ESP

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, Banco GNB Sudameris, Bancolombia, Banco Falabella, Banco Pichincha, Banco Caja Social, Nequi, Davivienda, 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.

Se te suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y de artefactos de consumo. Como consumidor puedes presentar un recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco hábiles siguientes al vencimiento en esta no se comprueban sobre la comercialización presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.056.812-4 7045-2307-2024

¡Hola!

HILDA NELLY CASTANO
CL 83 SUR 38A ESTE 59 01 00002 - SANTA LIBRADA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5087195-3204

Lote: P13GN **Ruta:** 001163032041000S010 **Código del Sector:** 094

Cuenta o referencia de pago **60828710**

vanti LISTO

Compra tu electrodoméstico o gasodoméstico más cercano y paga en cuotas en Línea de tu factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.800.000**



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!

Actividad válida del 17 marzo al 30 de junio de 2025 para usuarios residenciales de las empresas de Grupo Vanti. Aplican términos y condiciones. También podrás realizar la revisión con cualquier organismo de inspección acreditado por el ONAC sin participar en la Actividad. Más información en grupovanti.com



Si te certificas en el mes de abril, mayo o junio, podrás participar en el sorteo de una de las 4 motos AKT NKD 125 0Kms.

Actividad válida del 14 de enero al 30 de junio de 2025 para usuarios residenciales de las empresas de Grupo Vanti. Sorteo de motos 15 de mayo y 15 de julio de 2025. Aplican términos y condiciones. Más información en grupovanti.com

Escanea el código QR para agendar tu Revisión

Aliados Colsubsidio

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.

P.35M

001163032041000S010

Factura de gas

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago: 60828710

BOGOTÁ

NIT 860 027 813 5
Vanti S.A. ESP
www.vanti.com.co

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 04 Abr. 2025

2 — Fecha de suspensión: 05 Abr. 2025

3 — Período facturado: Feb. - Mar. 2025

4 — Emisión de tu factura: 19 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	12M3	3.195,11	0,00	38.341,32
MENOS SUBSIDIO (41%)	1UN	-15.673,93	0,00	-15.673,93
AJUSTE DECENA	1UN	2,61	0,00	2,61
Vanti Max	1UN	11.924,37	2.265,63	14.190,00

1.- Total $36.860,00

Tus financiaciones

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

2.- $0,00

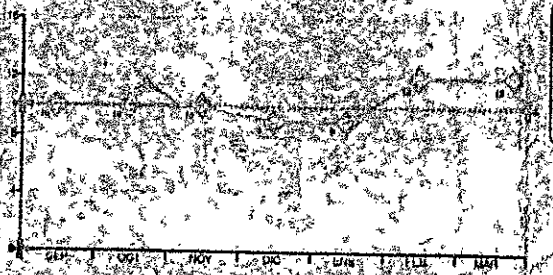
3.- Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $36.860,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Con Dos | Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
16 Feb. 2025	5048	REAL
16 Mar. 2025	5064	REAL

m³ consumidos: 5064 - 5048 * Factor de corrección = 12

Tu próxima lectura será: Entre 12 y el 17 de Abril

Novedades de tu factura

CuVa $ 2824,91

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 Nov. 2025

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* Resoluciones 059 de 2017 y 41308 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1604.97 Tm: 528.97 Dm: 621.23 Cm: 0.0
Pc: 76.76 Cmn: 0.0 Cufm: 0.0 Comr: 0.0
Com: 0.0 Fpem: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Usted consumió en m³ de gas equivale a 142 kWh y el precio unitario del kWh es: $159.03

Factor de corrección

Vm: 10 Krf: 0.76667 Kt: 1.00529 Ft: 0.77073
Vc: 12 Tm: 14.04 Tc: 15.69 Pc: 1.01009
Pc: 0.701 Pm: 0.0234 Ft pc: 1.0
Factor de corrección: 0,77073

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPS: 100.0



(415)7709998026025(8020)60828710(3900)00000000036860

Factura No. FT6850153433

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 776

MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002405186

FECHA: 14-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chimuelo Tocarrancho

COLOR: negro – Blanco

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 4M PESO: 2.5kg POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

TIPO DE ALIMENTACION: 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: Angie Alejandra Tocarrancho Robayo

DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: CL 90sur 13F este 24

TELEFONO: 3228931638

CEDULA: 1034281881

CORREO ELECTRÓNICO: arobayo599@gmail.com

BARRIO O VEREDA: los Soches ESTRATO: 1 LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa NR

ULT. VACUNACION: NS/NR:___ CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: 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: 148 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38.6 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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 Alejandra Torrescucho Rodriguez	1.034.128.881

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____ Identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA: dd/mm/aaaa	HORA:

OBSERVACIONES:

17

65

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.034.281.881



Apellidos
TOCARRUNCHO ROBAYO

Nombres
ANGIE ALEJANDRA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.60	F

Fecha de nacimiento
07 AGO 2005

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTÁ D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
13 OCT 2023, BOGOTA D.C.

Firma
ANGIE

Fecha de expiración
13 OCT 2033

.CO

033161794

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL033161794815001<<<<<<<<<<
0508078F3310137COL1034281881<3
TOCARRUNCHO<ROBAYO<<ANGIE<ALEJ

17

65

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: **2139086-2**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351536038-0

CLIENTE

BERENICE SANCHEZ BOHORQUEZ
CL 90 SUR NO 13 F ESTE 24
BOGOTA, D.C. - LOS SOCHES

04 014 8648 / 018-19439441

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

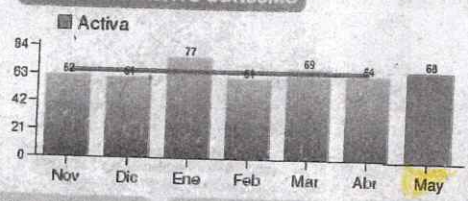
Llevar energía a tu predio es un trabajo en equipo.

Enel se encarga de la infraestructura eléctrica externa, mientras que tú eres responsable del medidor, acometidas e instalaciones internas.

Cuida los elementos que te corresponden, si identificas daños, puedes reportarlos al: 601 514 0000.



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO	$858,43
CONSUMO DIARIO:	2,27 kWh
VALOR DIARIO:	$856

PERÍODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025
DÍAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES 68 kWh
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 68 kWh

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

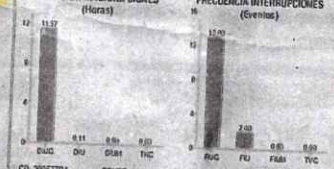
¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR:

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a 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:	10000040148648
RUTA LECTURA:	10040140745
MANZANA DE LECTURA:	MS00134409
MEDIDOR NO:	018-19439441
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO-29557TR1 GRUPO 11 HC 0,00 VC 0,00 CEC 0,00
PERIODO 202503 DI 228,04 CF 89,00000 UC 0,00 DF 1,00 %F 0,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 656 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
Chat de servicio en
215 880 8003 (Llama Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual
Daviplata · dale · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios
CONRED · efecty · El Reval · TODO1 · MOVIRED · puntored · efecty

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel

Código QR

Almacenes de Cadena
Jumbo · Metro

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

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

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

Vigencia: MAR/2025

G: $338,40 T: $56,28 D: $293,26 CV: $78,75 PR: $57,88 R: $23,76 CF: $0,00 / $858,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UBIS-29557TR1 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

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

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

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

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994 en cumplimiento de la resolución 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 comunicate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa 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: 06/05/2025 02:40:26
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 15:05:13

CUDE: 59caab926aa45a5153283 6cedf318ac00f73f03191f80da956e0dc9e6465897e7bff640f1ac251b3ae27d0c837744d662da

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

Factura Electrónica de Venta generada por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.095.213-0

puntored

Puntored no te cobra por esta transacc:

Puntored
Corresponsal Bancario Davivienda

TRANSACCION EXITOSA

Fecha	13/05/2025
Hora	17:42:32
Comercio	411179
Terminal	273067
Operacion	Recaudo
Aprob Banco	398010
Aprob Puntored	001170566627
Convenio	ENEL
Cod. Convenio	0000001009273
Referencia 1	012139086235153603B0
Referencia 2	
Valor	$36,850
Costo Transaccion	$0
Valor Total	$36,850

Linea de atención personalizada: #688
Mensaje de texto: 85888

BANCO DAVIVIENDA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA

3 Total Aseo: $11.160 = $36.850

PAGO OPORTUNO
15 MAY /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
19 MAY/2025

NÚMERO DE CUENTA: 2139086-2

FECHA LÍMITE DE ELECTRICIDAD: 30 MAY /2025

Situación encontrada: Normal

Factor	Energía Consumida (kWh)	Energía Facturada 100%	Valor Unitario	Valor Facturado
	68	68	$858,43	$58.373
1	68	0	$293,26	$0
0	0			$32.686
K	Beneficio -56.00 %			
kWh $858,4302			SUBTOTAL:	$25.687

$25.690

Otros cobros de productos y servicios

enel X

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

2 TOTAL OTROS: $0

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 realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

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 $103,853

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -56.00 %.

ASEO — PRESTADOR: PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP. — ASEVo. 1 — NIT 901145808-5

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	11447997	DÍAS LIQUIDADOS: 30
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	351536038-0	
PERIODO DE FACTURACIÓN	01.04.2025 a 30.04.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN

Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
9402	10027	9446	10139	11277	10428

11.276 / 8.457 / 5.638 / 2.819 / 0

ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$34.979
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-24.485
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBI	$4
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$662

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO: $11.160

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

DATOS DEL USUARIO

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

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$19.071,25	$7.521,96	$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

MENSAJES DE INTERÉS

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

NÚMERO DE CLIENTE
2139086-2

ocumento Equivalente Electrónico No.
351536038-0

(415)7707209914253(8020)012139086235153603B0(3900)00000000036850

PAGO OPORTUNO
15 MAY /2025

TOTAL A PAGAR
$36.850

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 177 | MICROCHIP: SI Núme 900255002405000 | FEC HA: 14/5/2025

ORIGEN : LES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ozan Parada Sosa			COLOR: Atigrado	
ESPECIE: CANINO___FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 1 año	PESO: 2-5 k	POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACION: 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: José Gabriel Parada Sosa	DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: Cr 15 este #89B Sur 25	TELEFONO: 3166973221	
CEDULA: 80.147.500	CORREO ELECTRÓNICO: Jose-Sosaparada@gmail.com		
BARRIO O VEREDA: Villa Diana	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa	TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:
N-A	000-27-24	dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa	PARAINFLUENZA Y
		BORDETELLA: dd/mm/aaaa	
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
148 l/m	23 r/m	38.6 °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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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. X

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución 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:
Jose Fabian Pineda Sosa	80199500

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA: dd/mm/aaaa	HORA:

OBSERVACIONES:

6A

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.147.500
PARADA SOSA

APELLIDOS
JOSE GABRIEL

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 26-DIC-1979
TOCA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
24-FEB-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00078723-M-0080147500-20060925 0003725881A 1 1100020004

64

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



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





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

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

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

vanti



Agenda tu Revisión escaneando el QR

Actividad válida del 17 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. Recuerda que puedes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC. Consúltalos en onac.org.co

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Nequi · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automática.

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

Escanea para pagar tu factura

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: 800.058.812-8

¡Hola!

FABIO ENRIQUE PARADA
KR 15 ESTE 89B SUR 25 01 00002 - VILLA DIANA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007120-3637442

Lote: P09GN **Ruta:** 0011270180011005200 **Código del Sector:** 386

Cuenta o referencia de pago **63075502**

vanti Listo

Compra tu estufa, calentador o gas natural y escoge meses y pagos a cuotas a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

Remitente: VANTI
FABIO ENRIQUE PARADA
KR 15 ESTE 89B SUR 25 01 00002
BOGOTA
Cuenta: 63075502
36523

01150904090036523



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

...das aliadas y paga a cuotas a través de tu factura de gas

...nd S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. ...identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltalo en: grupovanti.com/vantilisto.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 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.

7

Factura de gas

Abril 2025

Cuenta o referencia de pago **63075502**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

NIT 800.057.813-1
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
02 May. 2025	03 May. 2025	Mar. - Abr. 2025	15 Abr. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	8M3	3.282,01	0,00	26.256,08
MENOS SUBSIDIO (54%)	1UN	-14.128,40	0,00	-14.128,40
AJUSTE DECENA	1UN	2,32	0,00	2,32

1 – Total **$12.130,00**

Tus financiaciones

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

2 – Total **$0,00**

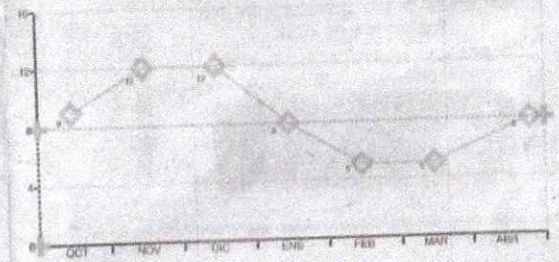
3 – Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$12.130,0**

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
12 Mar. 2025	572	REAL
11 Abr. 2025	583	REAL

m³ corregido = 583 - 572 * Factor de corrección = 8

Tu próxima lectura será Entre 09 y el 14 de Mayo

Novedades de tu factura

CuVa $ 2942.88
Estimado cliente recuerde que tiene entre Abr/2025 y el 30/09/2025 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/10/2025 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Sep. 2025

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41 385 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
Pi: 56.71 Cvm: 0.0 Cvdm: 0.0 Cvcm: 0.0
Com: 0.0 Ppcs: 42.476 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Kpb* Tu consumo en m³ de gas equivale a 94 kWh y el precio unitario del kWh es: $129.018

Factor de corrección

Vm: 11 Kp: 0.76727 Kt: 1.00484 Pt: 0.77098
Vc: 8 Tm: 14.17 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pg: 0.752 Pm: 0.023 Pi pc: 1.0
Factor de corrección: 0.77099

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPR: 100.0



(415)7709998026025(8020)63075502(3900)00000000012130

Somos grandes contribuyentes Resolución 000209 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución Nro. 4859 del 17 Jul 1998 Actividad de Numeración de Facturación No. Formulario 18764001507057 del 31/03/2025. Facturación electrónica desde N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Sujeto vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NURE 21501004. VANTI S.A. ESP. NIT 800.057.813-1. Revisor Fiscal Deloitte & Touche S.A.S. Este recurso puede ser objeto de la Ley 142 de 1994

17

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de historia clínica: 178

MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002405042

FECHA: 14-05-25 dd/mm/aaaa

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nando Delgado

COLOR: Blanco - Negro

ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X

RAZA Mestizo EDAD 6M PESO: 3.2 Kg POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X

TIPO DE ALIMENTACION: 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: Karina Delgado Varela

DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: Cl 90A Sur 24 este 65

TELEFONO: 3042568725

CEDULA: 1010 138 552

CORREO ELECTRÓNICO: Karinadelgadovarela7@gmail.com

BARRIO O VEREDA Tihuaque ESTRATO: 1 LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa NR

ULT. VACUNACION: NS/NR X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: 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: 148 l/m F. RESPIRATORIA: 26 r/m TEMPERATURA: 38.1 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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:
Karina Delgado Varela	1070738557

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.010.138.552**

DELGADO VARELA

APELLIDOS

KARINA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-OCT-1998**

PUERTO ASIS (PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

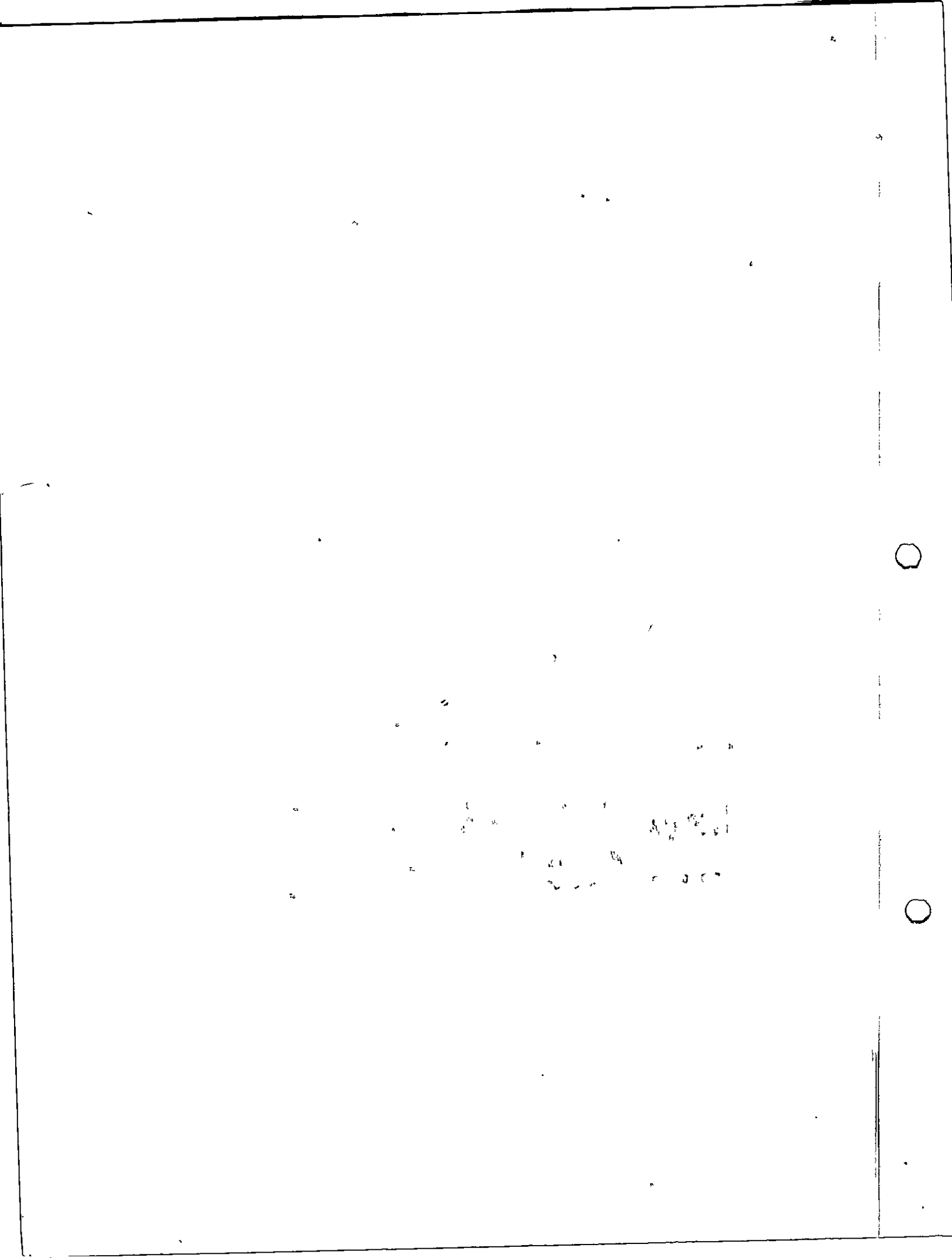
1.61 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

10-OCT-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALVIDO VACHA

P-1500150-01009087-F-1010138552-20180523 0061272602A 1 9904445228



27827

enel Bogotá

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

earth pact PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1982582-1**

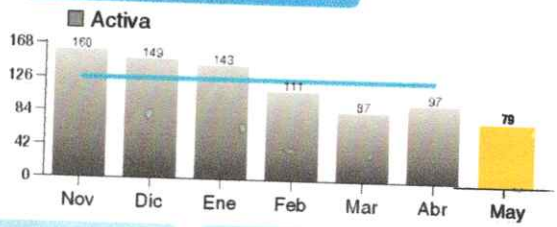
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 351565428-9

CLIENTE

NELCI GEORGINA QUINTERO TORRES
CL 90 A SUR NO 24 ESTE 65
BOGOTA, D.C. - TIHUAQUE

04 015 8213 / 018-19422992

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $858,43

CONSUMO DIARIO: 2,63 kWh

VALOR DIARIO: $995

PERIÒDO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025

DIÀS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 79 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 125 kWh

Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** presentó una variación. 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 políticasde crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com.

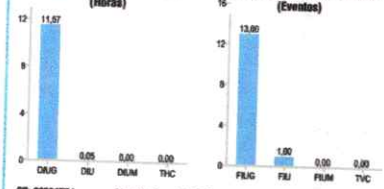
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040158213
RUTA LECTURA:	10040150311
MANZANA DE LECTURA:	MS20130783
MEDIDOR NO:	018-19422992
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



CB: 20824TR1 GRUPO: 11 MC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/03 Di: 229,84 CF: 87,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %t: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO

Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

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

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-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: $23,75 CF: $0,00 / $858,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UM35-20824TR1- - NIVEL DE TENSIGN:1 PROPIEDAD: Empresa

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

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

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG158/11 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: 06/05/2025 02:39:07
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 17:27:10

CUDE: 486dec92583ec6cadba1459847032d00563d5b90c5e55fdaf5f1ba02ecedbf838549fe40274b765554774c3999993193d6

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
7.513 - Página 1 de 2

27827



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA
HC - Número de Historia clínica: 779
MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002405039
FEC HA: 14/05/2025
ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Amir Sanchez
COLOR: Beige atigrado
ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X
RAZA: Mestizo EDAD: 6M PESO: 3.7kg
POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X
TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO___CONCENTRADO___ MIXTO X OTRO___
ORIGEN: NS/NR___RESCATADO___COMPRADO___ADOPTADO___REGALADO X PERRO DE CUADRA___OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gladys Catalina Sanchez Martinez
DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: CL 89 D SUR 23 03 este
TELEFONO: 3118510643
CEDULA: 52.410.426
CORREO ELECTRÓNICO: 3118510643@sincorreo.com
BARRIO O VEREDA: Tihaque ESTRATO: 2 LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller
TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA
ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa enero/2025
ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: 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: 26 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 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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomía/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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:
Catalina Sánchez M	52.410.426

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____Identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA: dd/mm/aaaa	HORA:

OBSERVACIONES:

17

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.410.426
SANCHEZ MARTINEZ
APELLIDOS
GLADYS CATALINA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-NOV-1980
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
14-DIC-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500100-00113601-F-0052410426-20081028 0004943394A 1 6210019163

17

37534

Bogotá

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

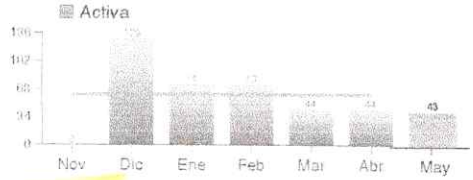
Para pagos y consultas tu número de cliente es: **8034857-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 351566085-7

GLADIS SANCHEZ
CL 89 D SUR 23 03 ESTE
-
BOGOTA, D.C. - 001337

04 015 8237 / 117-23537427





VALOR kWh APLICADO: $858,43

CONSUMO DIARIO: 1,43 kWh

VALOR DIARIO: $677

PERIODO FACTURADO:	DIAS FACTURADOS:	CONSUMO MES
01 ABR/2025 A 30 ABR/2025	30	43 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 51 kWh

Tu consumo actual varió. No fue promediado por tener menos de 12 meses de historial. Contáctanos.

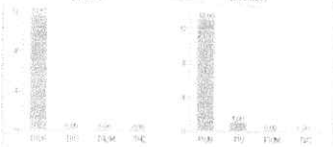
¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR.

$ GO
Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a política de crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040158237
RUTA LECTURA:	10040150338
MANZANA DE LECTURA:	MS00133717
MEDIDOR NO:	117 23537427
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO (CREG 015)



CD: 7,39/12*01 GRUPO: 11 NC: 5,00 VC: 5,00 CEC: 5,00
PERIODO: 202503 DI: 370,94 CF: 44,80333 NC: 5,00 VC: 5,00 MF: 1,00 %I: 5,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

RECOMENDACIONES DE EFICIENCIA

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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/tradicionales
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 896 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelCSenseCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140055 denunciosEnel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente
defensorEnel@cti.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cuenta Electrónica, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billeteras Virtuales: daviplata, dale, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Red Multiservicios, Reval, MOVIRED, Servibanca

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena: Carulla, Olímpica, Metro

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54 38/40 Local *29 124

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: $87,50 R: $23,76 CF: $0,00 / $858,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CRUDO: 0408-20921111 - NIVEL DE TENSION: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica | Ley 11,54 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0642 de 29 de enero 2003. 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 19 de diciembre de 2023.

"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 prestamo ejecutivo de conformidad con el Artículo *130 de la ley *142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 015811 consultar www.e-enel.co

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

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

El prestador garantiza de conectabilidad y disponibilidad de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-8. Estas vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: ne3236ea92fc1c9fa9e6a5f80fd1c2b40ecf8d6f6e6ae1b19ca329e1c0123f3d5c196ad429d3ea8ae315ed370482

FECHA GENERACION 06/05/2025 02:57:10
FECHA EXPEDICION 06/05/2025 15:10:12

Factura de Venta Cambial Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del NW: CENdirandina - NIT 900.321.151-2
Resolución DIAN No. 18764012345678 de 2024/01/01 Prefijo: FEV

37534

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 180	MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002405050	FECHA: 14-05-25 dd / mm / aaaa

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tanker Burgos				COLOR: blanco - Gris	
ESPECIE: CANINO___FELINO X	SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1A	PESO: 3.8 kg	POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X			TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO___CONCENTRADO X MIXTO OTRO	

ORIGEN: NS/NR___RESCATADO___COMPRADO___ADOPTADO X REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Mery Burgos Barrera	DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS Kr 17c este 89 Sur 06		TELEFONO 3134668152
CEDULA: 1054 226 171	CORREO ELECTRÓNICO: familiagervueda2000@gmail.com		
BARRIO O VEREDA Juan Jose Rondon	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa	TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:
NA	DIC 2024	dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa	PARAINFLUENZA Y
		BORDETELLA: dd/mm/aaaa	
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: [illegible] 2024

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
143 l/m	29 r/m	38.6 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA	

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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 Mery Burgos Barrera	1054226171

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

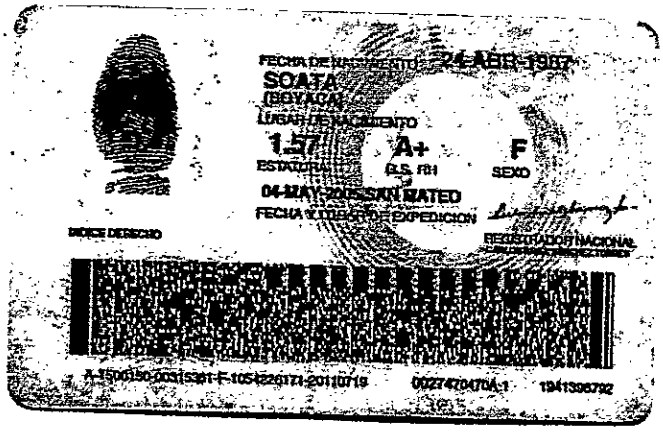
Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación:	Firma:

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:




SOATA
(BOYACA)
1.57
A+
F
SEXO
INDICE DERECHO

8155

8155

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y Asistentes Virtuales de cliente es:

4473850-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351531625-5

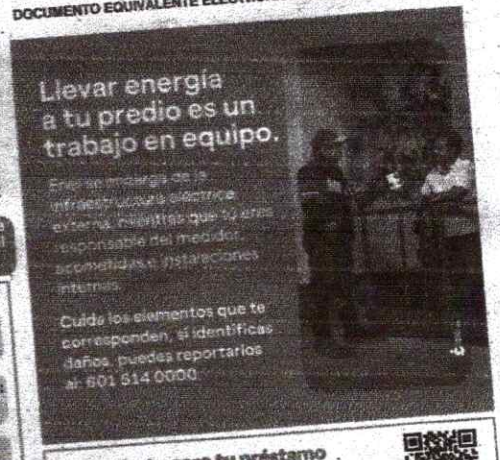
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

CLIENTE

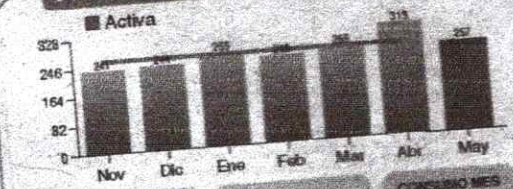
EUCEBIO SEPULVEDA
KR 17 C ESTE NO 89 SUR 06 PI 1
BOGOTA, D.C. - JUAN JOSA, RONDON

04 014 8238 / 075-109256

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR KWh APLICADO: $856,43

CONSUMO DIARIO: 8,57 kWh

VALOR DIARIO: $5.271

CONSUMO PROMEDIO 12 ÚLTIMOS 6 MESES: 260 kWh

PERÍODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 257 kWh

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

Crédito Fácil Codensa es otorgado por The Bank of Nova Scotia, utilizando bajo licencia Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento de crédito vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Consulta más en www.crediFACILcodensa.com.

Este mes aumentó, porque la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo esperado.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040148238
RUTA LECTURA:	10040140308
MANZANA DE LECTURA:	MS00139682
MEDIDOR NO:	075-109256
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Chat de atención
338 880 8008 (Llama Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia
@enelclientesCO

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

EMERGENCIAS
115 Gratuito las 24 horas

DENUNCIAS
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, Correo Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Multibanca

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

Corresponsales Bancarios: Cenred, Efecty, Su Red, Baloto, Gana, Movired, Acertemos

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Éxito

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P Avenida Boyacá # 6 B - 20
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54-39/40 Local 123-124
Línea de servicio al cliente 110

Si tarjeta de tipo corresponsal bancario, exigir el cumplimiento del artículo. El valor del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamos.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: MAR/2025
G: $338,40 T: $95,28 D: $255,26 CV: $76,75 PR: $67,86 R: $20,76 CP: $0,00 / $856,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 01 CIRCUITO UNIFILIAR - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 9614 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 2018

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa establecidos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de dichos ardes de la forma señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al 601 5 115 115, hasta de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0063 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, los cuales deberán presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.*

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

En cumplimiento de la resolución CREG 108 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se realizaron adecuaciones a su medidor. Si tiene alguna duda comuníquese con o comuníquese a la línea (601) 5 115 115, hasta 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, le informamos a consumidores en nuestra página web www.enel.com.co o comuníquese a la línea (601) 5 115 115, hasta de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de manera libre y voluntaria, sin restricciones obligaciones, actividades y responsabilidades adicionales a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y por el plazo 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. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: 570b28d5251d0b704c4e15d9292a5c6cb5999a0de4d0d98dea1e5a940a7afe9f034435d16da1a52d934a705a613

FECHA GENERACIÓN: 06/05/2025 02:47:30
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 14:43:13

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.815-1

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

22.065 - Página 1 de 2

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clinica: 781 | MICROCHIP: Expiry - Date: 2030/02/07 900255002405043 | FECHA: 14-05-25 (dd/mm/aaaa)

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Gordo Mendez				COLOR: Negro-blanco	
ESPECIE: CANINO___FELINO X	SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1A	PESO: 4KG	POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X			TIPO DE ALIMENTACION: 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: Cindy Johanna Mendez	DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS Cl 90 Sur 19 este 29	TELEFONO 3213217482
CEDULA: 1026 555.400	CORREO ELECTRÓNICO: 3213217482@sincorreo.com	
BARRIO O VEREDA Tihuaque	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: NS/NR: primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
NA	NR	

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 26 r/m	TEMPERATURA: 38.5 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ____

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: ____

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

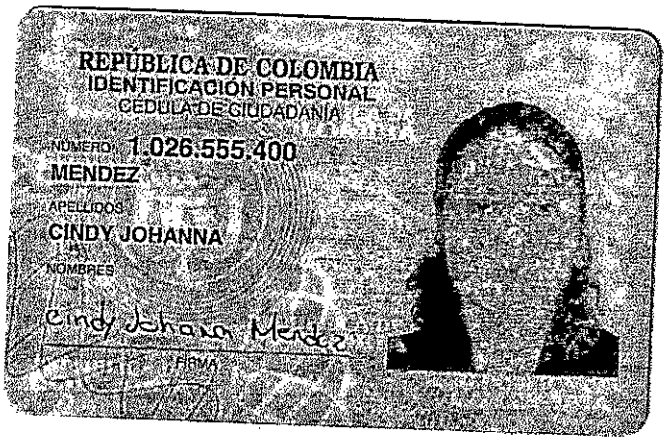
8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION
En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía. Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.
Firma del Responsable/Tenedor: Cindy Johanna Mendez — Nro de Identificación: 1026555400

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

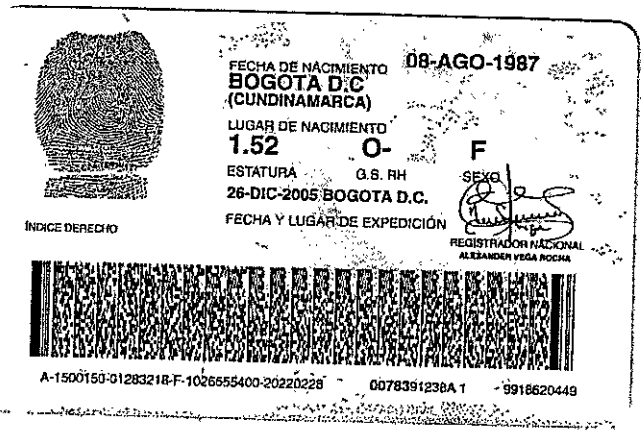
Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación:	Firma:

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS		
LUGAR:	FECHA: dd/mm/aaaa	HORA:
OBSERVACIONES:		



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.026.555.400
MENDEZ
APELLIDOS
CINDY JOHANNA
NOMBRES
Cindy Johana Mendez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-AGO-1987
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 O- F
ESTATURA G.S. RH SEXO
26-DIC-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01283218-F-1026555400-20220228 0078391238A 1 9918620449

17

42120

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: **7844570-3**

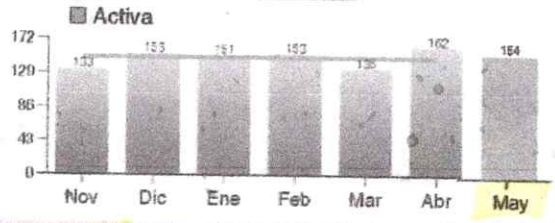
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 351522844-3

CLIENTE

ARNULFO VARGAS BARRERA
CL 90 SUR NO 19 ESTE 27 PI 2
11001000
BOGOTA, D.C. - TIHUAQUE

04 015 8580 / 117-23567244

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $858,43

CONSUMO DIARIO: 5,13 kWh

VALOR DIARIO: $2.324

PERIODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025
DIAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES 154 kWh
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 148 kWh

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

Llevar energía a tu predio es un trabajo en equipo.

Enel se encarga de la infraestructura eléctrica externa, mientras que tú eres responsable del medidor, acometidas e instalaciones internas.

Cuida los elementos que te corresponden, si identificas daños, puedes reportarlos al: 601 514 0000.



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

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a política de crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

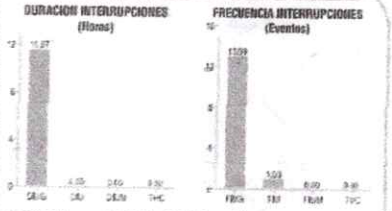
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040156580
RUTA LECTURA:	10040150830
MANZANA DE LECTURA:	MS20130772
MEDIDOR NO:	117-23567244
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: 2985781 GRUPO: 11 HC: 9,50 VC: 0,00 CSC: 0,00
PERIODO: 2023-09 DI: 329,04 CF: 135,85858 HC: 0,00 MT: 1,01 %t: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicadenos
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 860 6005 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: daviplata, dale, MOVii, Nequi, tpaga

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

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Alkosto, Makro

Código QR

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

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

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: **Vigencia: MAR/2025**
G: $336,40 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: U6E6-09S5TH1 -- NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por rol. Somos autoretenedores según Resolución No. 0647 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 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 dirígirse 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: 06/05/2025 02:57:27
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 16:38:16

CUDE: 84a3640767eea9e111a5767f0a63bcfaf8c47125221 8b12542ce77b8841c529e8a37172a4155a70b3f922191f76f47de4

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.096.812-
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0
5.640 - Página 1 de 4

17

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 182 | MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002405044 | FEC HA: 14-09-24

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tomy Saravia | COLOR: Anaranjado

ESPECIE: CANINO___FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 3M | PESO: 1.8kg | POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACION: 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: Kellis Jhuliana Saravia Lemos | DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS Cl 90sur 13C este 11 01 | TELEFONO 3208638671

CEDULA: 1082843338 | CORREO ELECTRÓNICO: Julianalemos273@gmail.com

BARRIO O VEREDA Villa Diana | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Abril 2025

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 149 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 38.6 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan 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 ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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:
Jhoana saraya	1082843338

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:

17

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.082.843.338
SARAVIA LEMOS
APELLIDOS
KELLIS JHULIANA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 30-NOV-2002
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.43 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
15-DIC-2020 FUSAGASUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1509400-01189312-F-1082843338-20201215 0072831832A 1 6501163878

u abrir la factura

89

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

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



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

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

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

Agenda tu Revisión escaneando el QR

vanti

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

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 varios cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Plata · Rappipay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-9 7048230728024

¡Hola!

ANA BARBOZA
CL 90 SUR 13C ESTE 11 01 00003 - VILLA DIANA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120200003701678

Lote: P09GN **Ruta:** 0011270187108005000 **Código del Sector:** 386

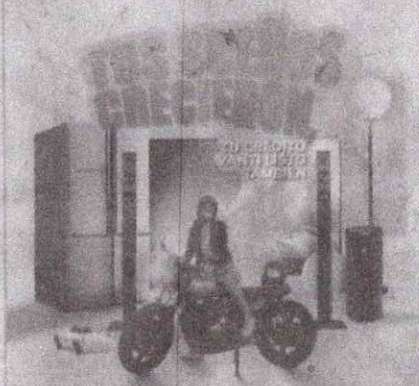
Cuenta o referencia de pago **63499185**

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

0011270187108005000



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 página de financiación: consúltalo en: grupovanti.com/vantilisto.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Factura de gas **Abril 2025**

Cuenta o referencia de pago 63499185

BOGOTÁ

NIT: 830.007.913-3
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno **02 May. 2025**
2. Fecha de suspensión **03 May. 2025**
3. Periodo facturado **Mar. - Abr. 2025**
4. Emisión de tu factura **15 Abr. 2025**

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	18M3	3.282,01	0,00	59.076,18
MENOS SUBSIDIO (54%)	1UN	-31.788,89	0,00	-31.788,89
AJUSTE DECENA	1UN	2,71	0,00	2,71
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protecc	0	30.710,00	0,00	30.710,00

1 — Total **$58.000,00**

Tus financiaciones

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

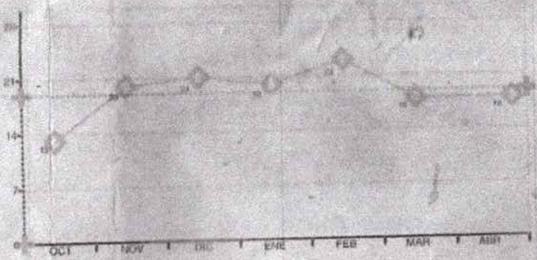
2 — Total **$0,00**

3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$58.000,0**

Paga por
Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial   Estrato/Cat. Uno   Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
12 Mar. 2025	1168	REAL
11 Abr. 2025	1191	REAL

m³ corregido= 1191 - 1168 * Factor de corrección = 18

Tu próxima lectura será

Entre 09 y el 14 de Mayo

Novedades de tu factura

CuVs $ 2942.88

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

(415)7709998026025(8020)63499185(3900)00000000058000

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria **28 Feb. 2026**

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: 673.01 Dm: 621.53 Cm: 0.0
p: 55.71 Cvm: 0.0 Cam: 0.0 Ccm: 0.0
Com: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 212 kWh y el precio unitario del kWh es $126.714

Factor de corrección

Vm: 23 Kp: 0.76727 Kt: 1.00484 Ft: 0.77098
Vc: 18 Tm: 14.17 Tc: 15.56 Pe: 1.01000
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77098

Indicadores de calidad

IPST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPE: 100.0



37051

C1

Factura No. F15B51193686

17

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 183 | MICROCHIP: SI Nú 900255002404827 | FECHA: 14/5/2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Salomón Diaz Quintero | COLOR: Gris- blanco

ESPECIE: CANINO___FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 8m. | PESO: 4.2k | POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACION: 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: Yeimy Paola Diaz Quintero | DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: cll 90 a Sur # 24 este 65 | TELEFONO: 3108521548

CEDULA: 53.045.459 | CORREO ELECTRÓNICO: Yeimydiazquintero984@gmail.com

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

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N-A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa N-A

ULT. VACUNACION: NS/NR: __CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 5-5-25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 141 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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:
Paola Diaz Quintero	53045459

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:

69


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 53.045.459
DIAZ QUINTERO
APELLIDOS
YEIMY PAOLA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 05-ABR-1984
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
08-JUL-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00631412-F-0053045459-20141004
0040442134A 1
1543056797

69

17

27827

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: **1982582-1**

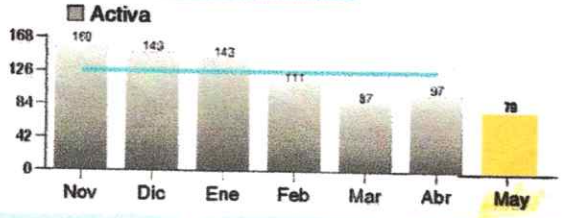
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 351565428-9

CLIENTE

NELCI GEORGINA QUINTERO TORRES
CL 90 A SUR NO 24 ESTE 65
BOGOTA, D.C. - TIHUAQUE

04 015 8213 / 018-19422992

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $858,43

CONSUMO DIARIO: 2,63 kWh

VALOR DIARIO: $995

PERIÒDO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 79 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 125 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

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.

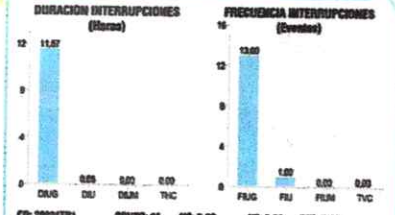
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040158213
RUTA LECTURA:	10040150311
MANZANA DE LECTURA:	MS20130783
MEDIDOR NO:	018-19422992
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: 20024TR1 GRUPO: 11 NC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/03 R: 220,94 CF: $7,0000 NC: 0,00 INF: 1,00 %: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 6003 (Elena Bot o 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 5140056 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, efecti, Reval, TODO, Supergiros, Su Red, MOVIRED, Servibien, Safecty

Red Distrital: RED CADE, Enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del talonario. El texto 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: $338,49 T: $56,28 D: $293,25 CV: $78,75 PR: $67,98 R: $23,75 CF: $0,00 / $858,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UH05-20934TR1- - 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 Comun 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 dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: 48dcc92583ec6cadba145994703 2cd00563d5b90c5a55fdaf5f11ba02ecedb83365d91e40274b7655547 4c39999931936d6

FECHA GENERACIÓN: 06/05/2025 02:39:07
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 17:27:10

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.090.812

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

7.513 - Página 1 de 2

27827

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 184 | MICROCHIP: SI Número: 900255002405033 | FECHA: 14-05-25 dd / mm / aaaa

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Manchas Roa Lombana | COLOR: Amarillo-blanco

ESPECIE: CANINO___FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA: Mestiza | EDAD: 5m | PESO: 2.7k | POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACION: 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: Haydi Liliana Roa Lombana | DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: cr 21 este #90A Sur 18 | TELEFONO: 3225596048

CEDULA: 1.032.496.533 | CORREO ELECTRÓNICO: hroalombana@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Villa Diana | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N-A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 28-03-25

ULT. VACUNACION: NS/NR: __CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 30-04-25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
143 l/m	29 r/m	38.8 °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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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:
Heidy Roa	1032496533

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____Identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

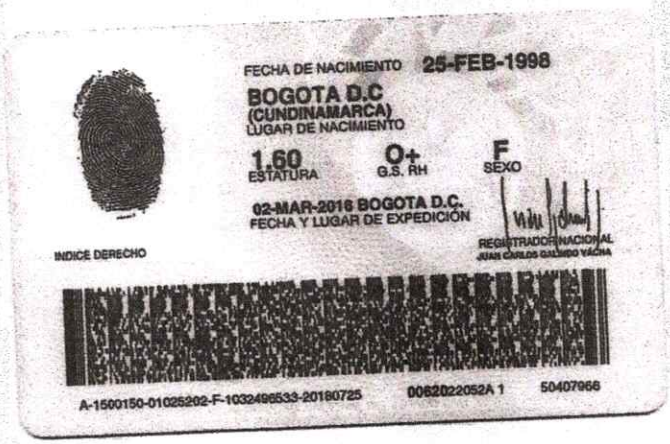
Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación:	Firma:

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.032.496.533
ROA LOMBANA
APELLIDOS
HEYDI LILIANA
NOMBRES
Heidy Roa
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-1998
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
02-MAR-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
A-1500150-01025202-F-1032496533-20180725
0062022052A 1
50407966

scribete para tener
u factura
manera digital

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



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

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

Agenda ya en grupovanti.com y paga después

Agenda tu Revisión escaneando el QR

vanti

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

...lundo digital Vanti

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

...otón PSE

Botón Bancolombia

...uerda que ...des pagar ...facturas de ...o varias ...tas contrato ...na sola ...eacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davplata · Tpaga · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

...untos Presenciales

...ponsales Banco BBVA
...ponsales Scotiabank Colpatria
...ponsales Grupo Aval

- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris
- Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

...r nuestro consumo ...rgía se traduce en un ahorro ...economía familiar y contribuye ...inuir las emisiones de gases ...to invernadero, principal causa ...nbio 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 7042/23072024

¡Hola!

WILLINGTON MARTINEZ
KR 21 ESTE 90A SUR 18 00001 - VILLA DIANA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077101-1039706

Lote: P09GN **Ruta:** 0011270204511005000 **Código del Sector:** 386

Cuenta o referencia de pago **63082725**

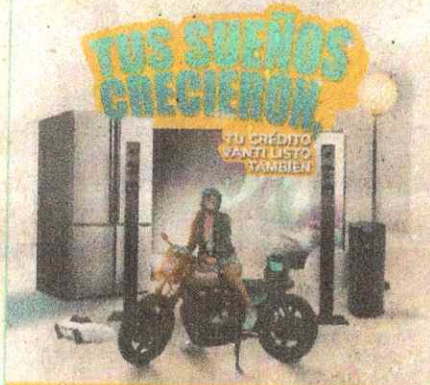
386
0011270204511005000
37693
P09GN

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

C1



vanti Listo

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

Y un **extracupo de hasta**

$12.000.000

*exclusivo para financiar moto

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

AKT · auteco · HERO · HONDA · BAJAJ

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecida 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 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/

Recuerdo 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 **63082725**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas

Fechas importantes

1 **Pago oportuno** 02 May. 2025

2 **Fecha de suspensión** 03 May. 2025

3 **Periodo facturado** Mar. - Abr. 2025

4 **Emisión de tu factura** 15 Abr. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	2M3	2.942,88	0,00	5.885,76
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	3.282,01	0,00	65.640,20
MENOS SUBSIDIO (54%)	1UN	-35.320,99	0,00	-35.320,99
AJUSTE DECENA	1UN	-4,97	0,00	-4,97

1 Total **$36.200,00**

Tus financiaciones

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

2 Total **$0,00**

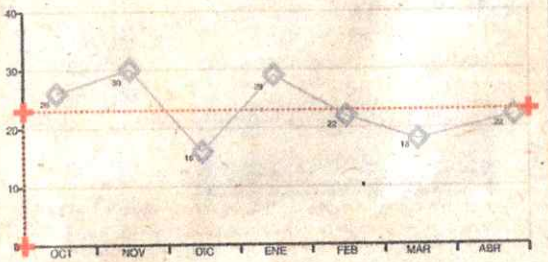
3 Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$36.200,0**

Paga por PSE

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
12 Mar. 2025	3646	REAL
11 Abr. 2025	3674	REAL

m³ corregido= 3674 - 3646 * Factor de corrección = 22

Tu próxima lectura será Entre 09 y el 14 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 Obl

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

29 Feb. 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 41395 de 2017

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de

Ene. $2480 Feb. $3371 Mar. $2

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

Componentes tarifario

Gm: 1692.63 Tm: 573.01 Dm: 621.53
p: 55.71 Cvm: 0.0 Cuim: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0

Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 260 kWh y el precio unitario del kWh es: $139.25

Factor de corrección

Vm: 28 Kp: 0.76727 Kt: 1.00484 Fi
Vc: 22 Tm: 14.17 Te: 15.56 P
Pa: 0.752 Pm: 0.023 Ff pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77066

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0



(415)7709998026025(8020)63082725(3900)00000000036200

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4929 del 17-Jul-1999 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 19764091626157 del 31/03/2025. Facturación electrónica desde Nº 500000001 hasta 1000000000 con vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 8.11001000-6. VANTI S.A. ESP. NIT: 800.007.813-5 - Revisor fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994

Consejo Tecnico y Servicios S.A.S. ESP. Nit. 830.121.151-0

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 785 | MICROCHIP: 900255002405049 | FEC HA: 14/05/2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Simba | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO___FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA: criollo | EDAD: 3 Meses | PESO: 1.4 Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACION: 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: Linda Stefany Rozo Barbosa | DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: Kr 12B este #89 sur 82 | TELEFONO: 3118392659

CEDULA: 1013626907 | CORREO ELECTRÓNICO: nonithalinda1991@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Tocaimita oriental | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: NS/NR: profesional | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: 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: 146 l/m | F. RESPIRATORIA: 21 r/m | TEMPERATURA: 38.6 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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: 1013626907

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.013.626.907**

ROZO BARBOSA

APELLIDOS

LINDA STEFANY

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-OCT-1991**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

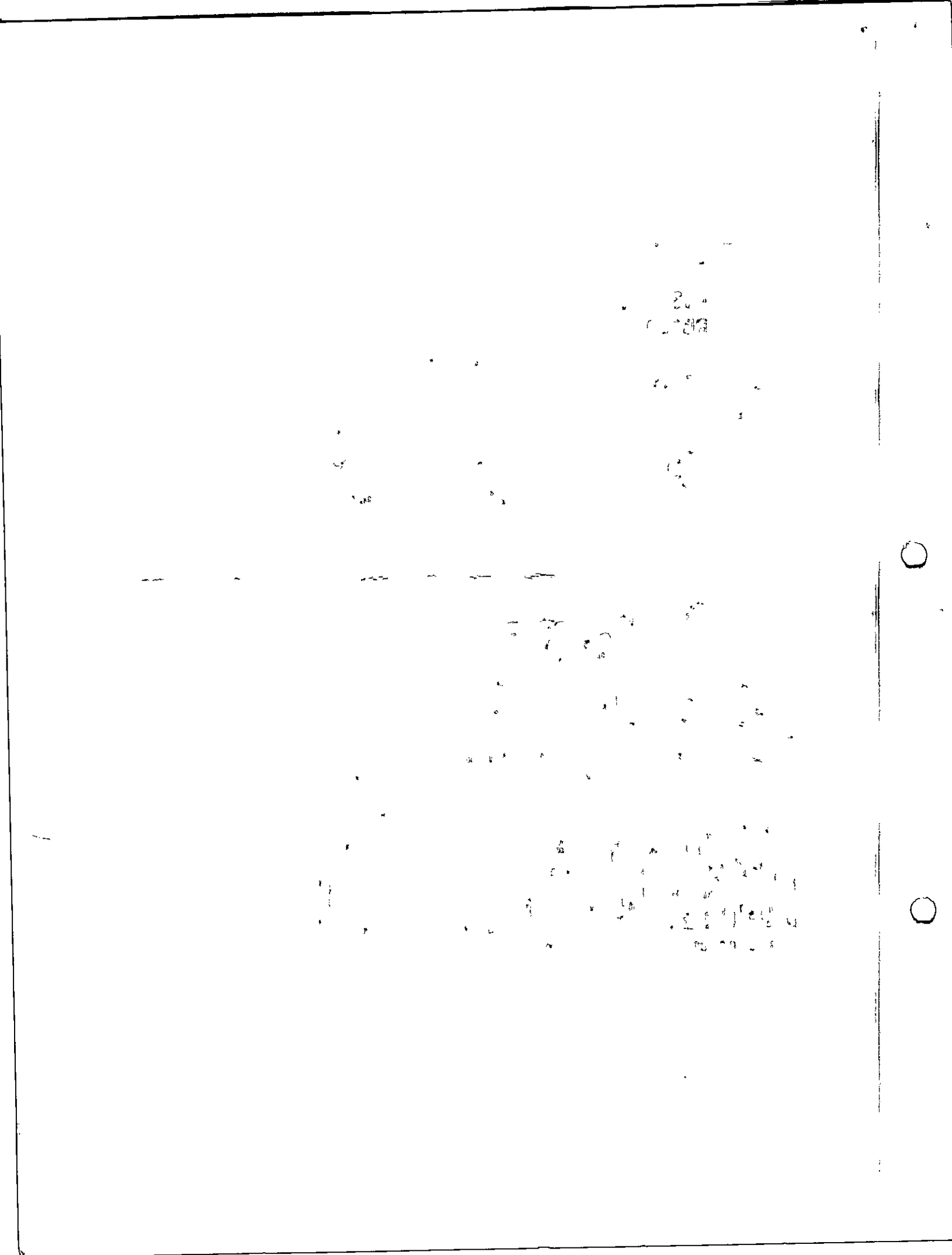
1.68	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-NOV-2009 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00199687-F-1013626907-20091125 0018299832A 1 33260624



17

enel Bogotá

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

Para pagar y consultar tu factura, ingresa a: www.enel.com.co

2066023-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351541824-2

CUENTA

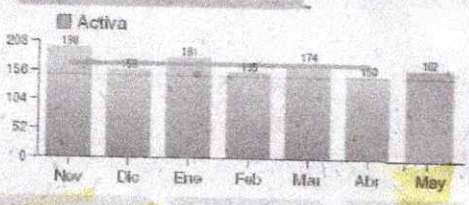
ARQUIMEDES AGUILAR PIRATOVA
KR 12 B ESTE NO 89 A SUR 82
BOGOTA, D.C. - TOCAIMITA ORIENTAL

04 012 5410 / 038-180052473

¡IMPORTANTE!
Si encuentras con facturas pendientes por pagar.
Evita sobrecostos y cobros jurídicos pagando inmediatamente.



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $853,43
CONSUMO DIARIO: 5,40 kWh
VALOR DIARIO: $2.559

PERIODO FACTURADO: 01 ABR 2025 A 30 ABR 2025
DIAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES: 162 kWh

Este mes tuviste acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y su CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual.

¡Llegó a tu casi tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil COOMEVA escaneando el QR.
Oferta registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Superintendencia Financiera de Colombia. Amortización sujeta a políticas crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcoomeva.com.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100000040125410
RUTA LECTURA:	10040120534
MANZANA DE LECTURA:	MS20241055
MEDIDOR NO:	038-180052473
SUBCLASE:	Básica

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

CAMBIO DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/tramites.html
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
316 890 6000 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClienteCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

CANALES DE ATENCIÓN AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5440055 denuncias@enel.com

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

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

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

Sistema Virtual: daviplata, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONFRED, efecti, El Reval, EFECTY, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel, Almacenes de Cadena

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datafono. El sello del corresponsal no es un acepto 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 103-101

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: MAR 2025
G: $336,40 T: $56,26 D: $993,86 CV: $78,75 PR: $67,98 R: $33,76 CF: $0,00 / $558,49 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: U8114-20911781 - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Enel-ex
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.94 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002 IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, línea de Bogotá o al 01 8000 912 115, a en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos gran 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 156-14 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, derechos 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, Ibra en 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 (Emcargos de Cobranza), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos conceptos, por favor dirigirse a los canales de atención dispuestos por estas 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. 860.063.875-6, Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 06/05/2025 02:39:15
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 14:57:11

CUDE: 9d57fd39cdd32b18f642caf133de1ef5c3d94af1b9ab63f98dcfed54aa850da8a839691ef4cd39432ae7b2f7f7169340c

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.085.915 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturacion NIT 900.221.151-0

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 186

MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002404466

FECHA: 14/05/2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tribilyn Calderon

COLOR: Anaranjado

ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X RAZA Mestizo EDAD 9M PESO: 1.4Kg POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X

TIPO DE ALIMENTACION: 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: Jhasbleidy Calderon Cortes

DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: Kr 1Sesk G1A sur 10

TELEFONO: 3213531184

CEDULA: 1013663525

CORREO ELECTRÓNICO: Jhasbleidycalderon5@gmail.com

BARRIO O VEREDA: San rafael

ESTRATO: 1

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: CASA___APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Abril 2025

ULT. VACUNACION: NS/NR X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: 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: 148 l/m

F. RESPIRATORIA: 29 r/m

TEMPERATURA: 38.6 °c

TLLC 2 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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:
Jhasbleidy Calderon	1013663525

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

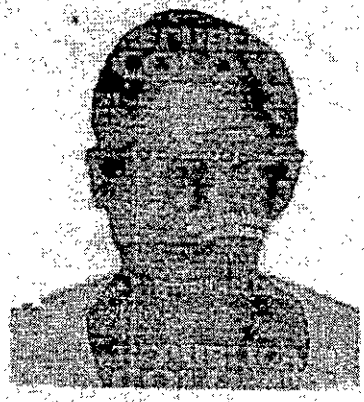
NUMERO 1.013.663.525
CALDERON CORTES

APELLIDOS
JHASBLEIDY

NOMBRES

Jhasbleidy Calderon

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 05-OCT-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

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

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1500150-01219078-F-1013663525-20210228 0073592386A 1 9914863993

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 49 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **7643649-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351532014-2

CLIENTE

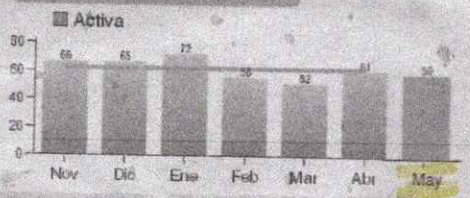
CAJA DE VIVIENDA POPULAR
KR 15 ESTE NO 61 A SUR 10 TO 12 AP 902
BOGOTA, D.C. - SAN RAFAEL USME

04 004 8597 / 117-21407515

¿Quieres tu factura Virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $458,43
CONSUMO DIARIO: 1,97 kWh
VALOR DIARIO: $743

PERIODO FACTURADO: 01 ABR 2025 A 30 ABR 2025 | DÍAS FACTURADOS: 30 | CONSUMO MES 59 kWh

¿Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000?
Encuentra paquetes de puntos Cruceros Easy CODENSA. Lo merecido es el QR.
$ 4D
Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aplican términos y condiciones de la entidad. Conoce más en www.scotiabankcolpatria.com

¿Sabías que puedes acceder a la LECTURA DE TU MEDIDOR y el CONSUMO de energía en tiempo real de tu hogar?

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040048597
RUTA LECTURA:	10040060273
MANZANA DE LECTURA:	MS00132216
MEDIDOR NO:	117-21407515
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



Para mayor detalle consulta las resoluciones CREG vigentes de 2019 y 2020

Línea de atención

Bogotá, Sabana y Cundinamarca: 601 5 115 115
115 Opción 1 en 24 horas
Resto del país: 601 5140055

Página web: www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
316 890 9003 (Llama Bot o pide Asesor)
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Redes sociales: Enel Colombia, @EnelClientesCO

¿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

Billeteras Virtual: daviplata, Nequi, tpago

Corresponsales Bancarios: Red Efectivo, Efecty, Movired

Red Física: Red Cade

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Éxito

Código QR

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: Vigencia: MAR/2025
G: $334,4 C: $28,28 D: $288,80 CV: $36,75 PR: $67,85 R: $23,76 CF: $2,50 / $550,43 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CRGOTC, MUNICIPIO: - NIVEL DE TENSIÓN: - PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 8520514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999

Sobre el servicio de Aseo: Tarifa Aseo Bogotá, Cliente cuenta con los mecanismos de queja previstos en la Ley 142 de 1994 y podrá hacer uso de ellos ante de la fecha señalada para cargo oportuno. Para mayor información, la 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. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según Resolución DIAN 0012 de 2020.

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

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, la 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 (Resolución de Comisión de Regulación de Energía y Gas CREG 038 de 2014). Los valores cobrados por el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos conceptos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 06/05/2025 02:55:19
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 17:03:15

CUDE: 97a[illegible]dec032a7f0cd5f0771da8d5f0997694624bb70a33425092247456fdfbe11f1846a1122f3c17e73ff7b2f0d9d0

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios BAB BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 900.321.151-9

Fecha impresa por Carvajal Tecnología y Servicios BAB BIC - NIT 900.321.151-9

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

112

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clinica: 187

MICROCHIP: SI / NO: 900255002405187

FECHA: 14-05-25 dd / mm / aaaa

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mateo				COLOR: Amarillo/blanco	
ESPECIE: CANINO___FELINO X	SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA: criollo	EDAD: 1 año	PESO: 4 kg	POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X	TIPO DE ALIMENTACION: 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: Manuel Pablo Ortiz Cardenas	DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: cll 91 sur #136 este	TELEFONO: 3168522025
CEDULA: 1023 924 202	CORREO ELECTRÓNICO: 3168522065 @ sincolico.com	
BARRIO O VEREDA: villa Diana / ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: NS/NR: profesional	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR:__CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa	HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa	TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y
N/R.	enero 2025	dd/mm/aaaa BORDETELLA: dd/mm/aaaa		
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa	LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa junio 2024

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
140 l/m	22 r/m	38.8 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tamblén entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución 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:
	1023926202.

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

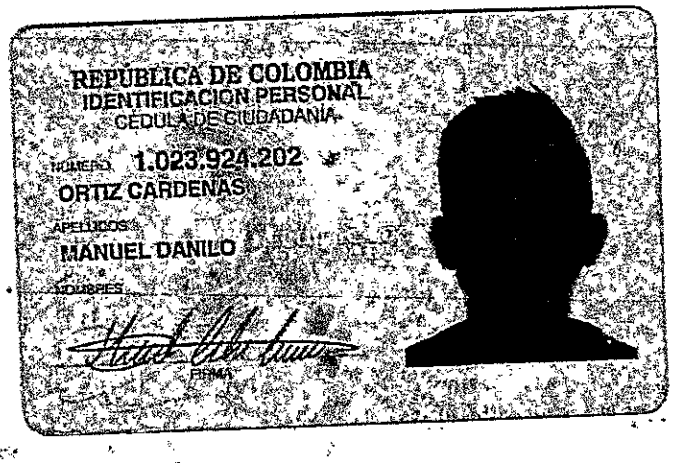
Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

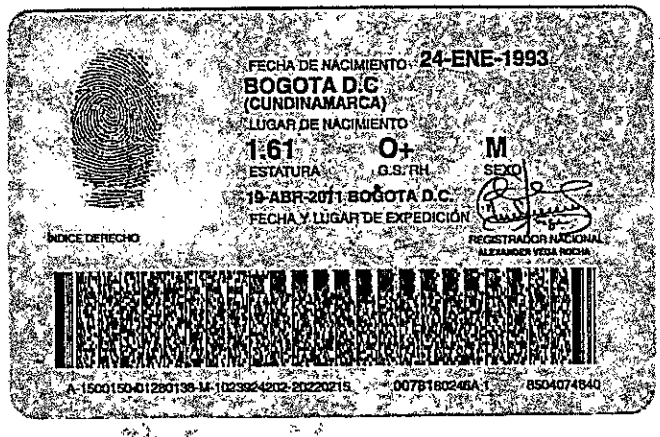
Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación:	Firma:

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.023.924.202
ORTIZ CARDENAS
APELLIDOS
MANUEL DANILO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 24-ENE-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
19-ABR-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
A-1500150-0120013B-M-1023924202-20220215 0078160246A 1 8504074840

62840

enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

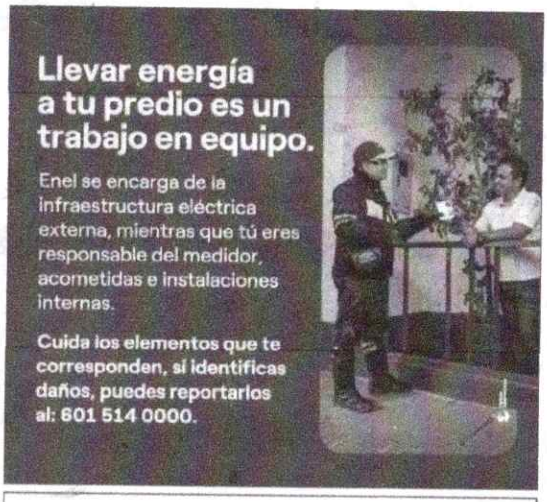
Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2162762-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 351549084-0

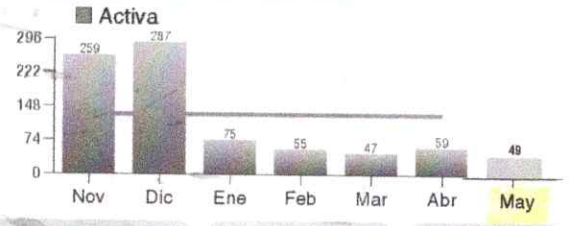
CLIENTE

MARTHA PATRICIA ORTIZ CARDENAS
CL 91 SUR NO 13 G ESTE 10
BOGOTA, D.C. - VILLA DIANA

04 012 6573 / 065-1061630



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $858,43

CONSUMO DIARIO: 1,63 kWh

VALOR DIARIO: $617

PERIODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 49 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 130 kWh

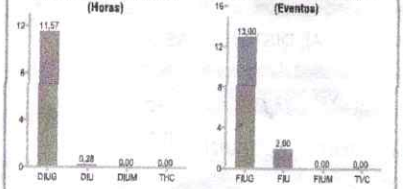
Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO presenta una variación. Encuentra las posibles causas y tips de consumo en www.enel.com.co

¡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:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040126573
RUTA LECTURA:	10040130781
MANZANA DE LECTURA:	MS00133517
MEDIDOR NO:	065-1061630
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 20967TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/03 D: 229,84 CF: 47,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %E: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
318 690 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

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

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Reval, Todo1, 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: UM35-20967TR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

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

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

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

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

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

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 06/05/2025 02:39:22
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 14:38:11

CUDE: c7e1f958e33ea5511462cf21c5c7e7a36c298a133c402827ffb2897a251466e735dad65d0166e3353eed9ecc613a5506

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
7.545 - Página 1 de 6

1 Total Energía $18.513 + 2 Portafolio Enel X $306.987 + 3 Total Aseo $11.820 = Total a Pagar $337.320

PAGO OPORTUNO 15 MAY /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 19 MAY/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 2162762-9

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 30 MAY /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	20.952		20.903		49		1		49	49		$858,43		$42.063
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$293,26		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh	X	Valor kWh $858,4302	X	Beneficio -56.00 %									-$23.554

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $617 DIARIOS

SUBTOTAL: $18.509

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$4
SUBTOTAL:	$4

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $18.513

Otros cobros de productos y servicios

Tarjeta Credito Amarilla	$306.987

enel x

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo — 2 TOTAL OTROS: $306.987

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.863

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

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -56.00 %

ASEO

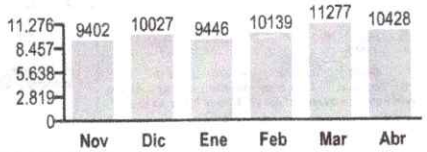
Promoambiental Distrito S.A.S. ESP

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

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

		DÍAS LIQUIDADOS
CUENTA CONTRATO	11409217	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	351549084-0	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	01.04.2025 a 30.04.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$34.979
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-24.485
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBI	$1
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$1.306
ASEO - INTERES POR MORA	$19

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO: $11.820

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

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0.0000 — ESTRATO: 1

DENSIDAD: — FREC. RECOLECCIÓN: 3

% PARTICIPACIÓN: 0% — FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$19.071,25	$7.521,96	$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

MENSAJES DE INTERÉS

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

NÚMERO DE CLIENTE 2162762-9

Documento Equivalente Electrónico No. 351549084-0

(415)7707209914253(8020)012162762935154908 40(3900)00000000337320

PAGO OPORTUNO 15 MAY /2025

TOTAL A PAGAR $337.320

200

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC- 788 (Número de Historia clínica)
ORIGEN: CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE
MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002405110
FECHA: 14-05-25 (dd/mm/aaaa)

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Negro Mejia
COLOR: Negro
ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X
RAZA Mestizo EDAD 2A
PESO: 3KG
POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X
TIPO DE ALIMENTACION: 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: Clara Viviana Mejia
DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: cl 92 sur 13F este 69
TELEFONO: 3196039561
CEDULA: 52.093.938
CORREO ELECTRÓNICO: 3196039561@SinCorreo.com
BARRIO O VEREDA Juan Josa Rondon
ESTRATO: 1
LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller
TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA
ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NE
ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y
BORDETELLA: 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: 142 l/m
F. RESPIRATORIA: 21 r/m
TEMPERATURA: 38.6 ºc
TLLC 2 seg
MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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:
Clara Viviana Mejia	52093938

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA: dd/mm/aaaa	HORA:

OBSERVACIONES:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.093.938
MEJIA
APELLIDOS
CLARA VIVIANA
NOMBRES
Clara Viviana Mejía
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-MAY-1976
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.47 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
20-JUN-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01218915-F-0052093938-20210228 0073580377A 1 9914826546

19603

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: **6277685-3**

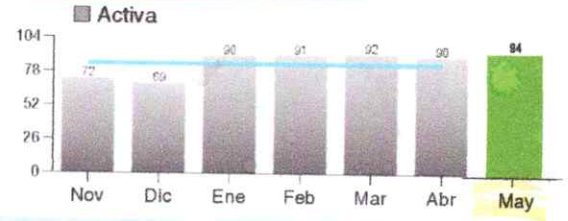
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 351521858-3

CLIENTE

CARLOS GIOVANNI BEDOYA GUERRERO
CL 92 SUR NO 13 F ESTE 69 PI 1
BOGOTA, D.C. - JUAN JOSA. RONDON

04 014 8364 / 110-111087402

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $858,43

CONSUMO DIARIO: 3,13 kWh

VALOR DIARIO: $1.184

PERIÓDO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025

DIÁS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 94 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 84 kWh

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

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:

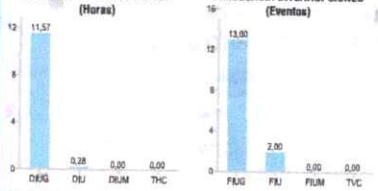
®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a políticas de crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com.

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040148364
RUTA LECTURA:	10040140404
MANZANA DE LECTURA:	MS00133687
MEDIDOR NO:	110-111087402
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: 20972TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/03 DI: 229,94 CF: 92,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO

Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

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

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Reval, Todo Rápido, Bancolombia, 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: $56,26 D: $293,26 CV: $78,75 PR: $67,98 R: $23,76 CF: $0,00 / $858,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UMS5-20972TR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

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

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

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

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

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

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

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

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

CUDE: 9327e4a55a87c25b47fde9c2579e978b605ca7493b242e81b05938061 1f77ff981b675cdc243bb3b45f89e4a0193f6fd

FECHA GENERACIÓN: 06/05/2025 02:50:49
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 17:34:06

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

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812

19603

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	+	3 Total Aseo	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$35.510		$0		$11.160		$46.670	15 MAY /2025	19 MAY/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 6277685-3

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 30 MAY /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	-	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	11.568		11.474		94		1		94	94		$858,43		$80.692
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$293,26		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh		X		Valor kWh $858,4302		X		Beneficio -56,00 %					-$45.184
													SUBTOTAL:	$35.508

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.184 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$2
SUBTOTAL:	$2

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $35.510

Otros cobros de productos y servicios

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

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

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.863

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 realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -56.00 %

ASEO

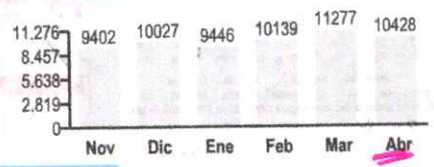
Promoambiental Distrito S.A.S. ESP

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

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

		DÍAS LIQUIDADOS
CUENTA CONTRATO	11349473	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	351521858-3	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	01.04.2025 a 30.04.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$34.979
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-24.485
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBI	$4
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$662

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0.0000 — ESTRATO: 1

DENSIDAD: — FREC. RECOLECCIÓN: 3

% PARTICIPACIÓN: 0% — FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$19.071,25	$7.521,96	$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: $11.160

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

MENSAJES DE INTERÉS

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

NÚMERO DE CLIENTE
6277685-3

Documento Equivalente Electrónico No.
351521858-3

(415)7707209914253(8020)016277685335151218583(3900)00000000046670

PAGO OPORTUNO
15 MAY /2025

TOTAL A PAGAR
$46.670

200

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 789

MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002404529

FECHA: 14-05-25 dd / mm / aaaa

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: COPITO NISPERUZA

COLOR: Gris

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X

RAZA Mestizo EDAD 1A

PESO: 4Kg

POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X

TIPO DE ALIMENTACION: 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: Elizabeth Del Carmen NISPERUZA LOPEZ

DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: cl 91 Sur 13g este 10

TELEFONO: 3142789817

CEDULA: 1064 984 163

CORREO ELECTRÓNICO: 3142789817@Sincorreo.com

BARRIO O VEREDA Villa Diana

ESTRATO: 1

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa NR

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: 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: 142 l/m

F. RESPIRATORIA: 26 r/m

TEMPERATURA: 38.6 °c

TLLC 2 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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: Elizabeth	Nro de Identificación: 1064984163

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA: dd/mm/aaaa	HORA:

OBSERVACIONES:

dbf

113

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.064.984.163**
NISPERUZA LOPEZ

APELLIDOS
ELIZABETH DEL CARMEN

NOMBRES

Elizabeth
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-NOV-2003**
CERETE
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-NOV-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01272177-F-1064984163-20211210 **007729**3877A 2 8503539319

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: **2162762-9**

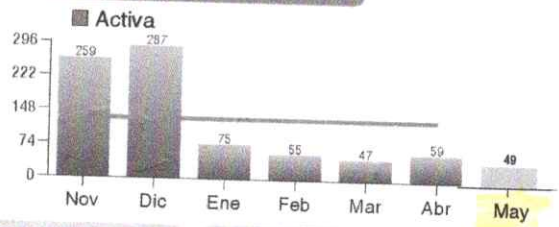
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 351549084-0

CLIENTE

MARTHA PATRICIA ORTIZ CARDENAS
CL 91 SUR NO 13 G ESTE 10
BOGOTA, D.C. - VILLA DIANA

04 012 6573 / 065-1061630

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $858,43

CONSUMO DIARIO: 1,63 kWh

VALOR DIARIO: $617

PERIÓDO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025

DIÀS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 49 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 139 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

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.



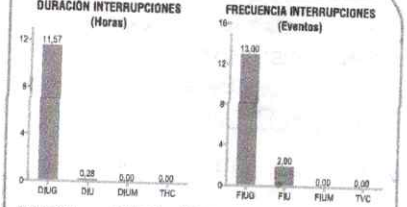
¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos
Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR:

®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 políticasde crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com.

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040126573
RUTA LECTURA:	10040130781
MANZANA DE LECTURA:	MS00133517
MEDIDOR NO:	065-1061630
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 20967TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/03 DI: 229,84 CF: 47,09000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en
enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 6003 (Elena Bot o paso Avapor)
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, 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: UM35-20967TR1- - 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 Comun 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 Articulo 130 de la ley 142 1994

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

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 06/05/2025 02:39:22
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 14:38:11

CUDE: c7e1f958e33ea5511462cf21c5c7e7a36c298a133c402827ffb2897a251466e735dad65d0166e3353eed9ecc613a5506

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
7.545 - Página 1 de 6

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	+	3 Total Aseo	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$18.513		$306.987		$11.820		$337.320	15 MAY /2025	19 MAY/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 2162762-9 | PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 30 MAY /2025

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	20.952		20.903		49		1		49	49		$859,43		$42.053
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$293,26		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $858,4302		X		Beneficio -56,00 %					-$23.554
													SUBTOTAL:	$18.509

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $617 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$4
SUBTOTAL:	$4

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $18.513

Otros cobros de productos y servicios

Tarjeta Credito Amarilla	$306.987

enel x

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo — 2 TOTAL OTROS: $306.987

¡ Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.863

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 realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -56,00 %

ASEO

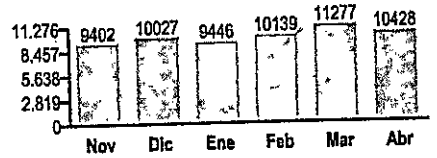
Promoambiental Distrito S.A.S. ESP

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

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

		DÍAS LIQUIDADOS
CUENTA CONTRATO	11409217	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	351549084-0	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	01.04.2025 a 30.04.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$34.979
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-24.485
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBI	$1
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$1.306
ASEO - INTERES POR MORA	$19

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO: $11.820

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

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0.0000 ESTRATO: 1
DENSIDAD: FREC. RECOLECCIÓN: 3
% PARTICIPACIÓN: 0% FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$19.071,25	$7.521,96	$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

MENSAJES DE INTERÉS

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

NÚMERO DE CLIENTE
2162762-9

Documento Equivalente Electrónico No.
351549084-0

(415)7707209914253(8020)012162762935154908 40(3900)00000000337320_

PAGO OPORTUNO
15 MAY /2025

TOTAL A PAGAR
$337.320

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clinica: 190 | MICROCHIP: 900255002404465 | FECHA: 14/05/2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Steven | COLOR: pardo

ESPECIE: CANINO___FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA: criollo | EDAD: 2 años | PESO: 2.6Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACION: 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: Jennifer vanessa morales rodriguez | DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: cll 90b sur # 13c Est 31 | TELEFONO: 3184394481

CEDULA: 1000 809.623 | CORREO ELECTRÓNICO: vm18435 16@gmail.com

BARRIO O VEREDA: los soches | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: NS/NR: bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/A. | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: diciembre 2024 | ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa | 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: 145 l/m | F. RESPIRATORIA: 27 r/m | TEMPERATURA: 38.6 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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	1000809623

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:

18

163

REPUBLICA DE COLOMBIA

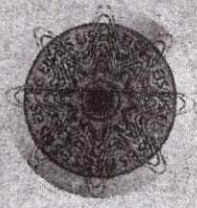
Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



DUPLICADO CC
1.000.809.623



APELLIDOS / NOMBRES
MORALES RODRIGUEZ
JENNIFER VANESSA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
02-OCT-2002
BOGOTA D.C. - CUNDINAMARCA

FECHA DE EXPEDICIÓN
09-NOV-2020

SEXO
FEMENINO

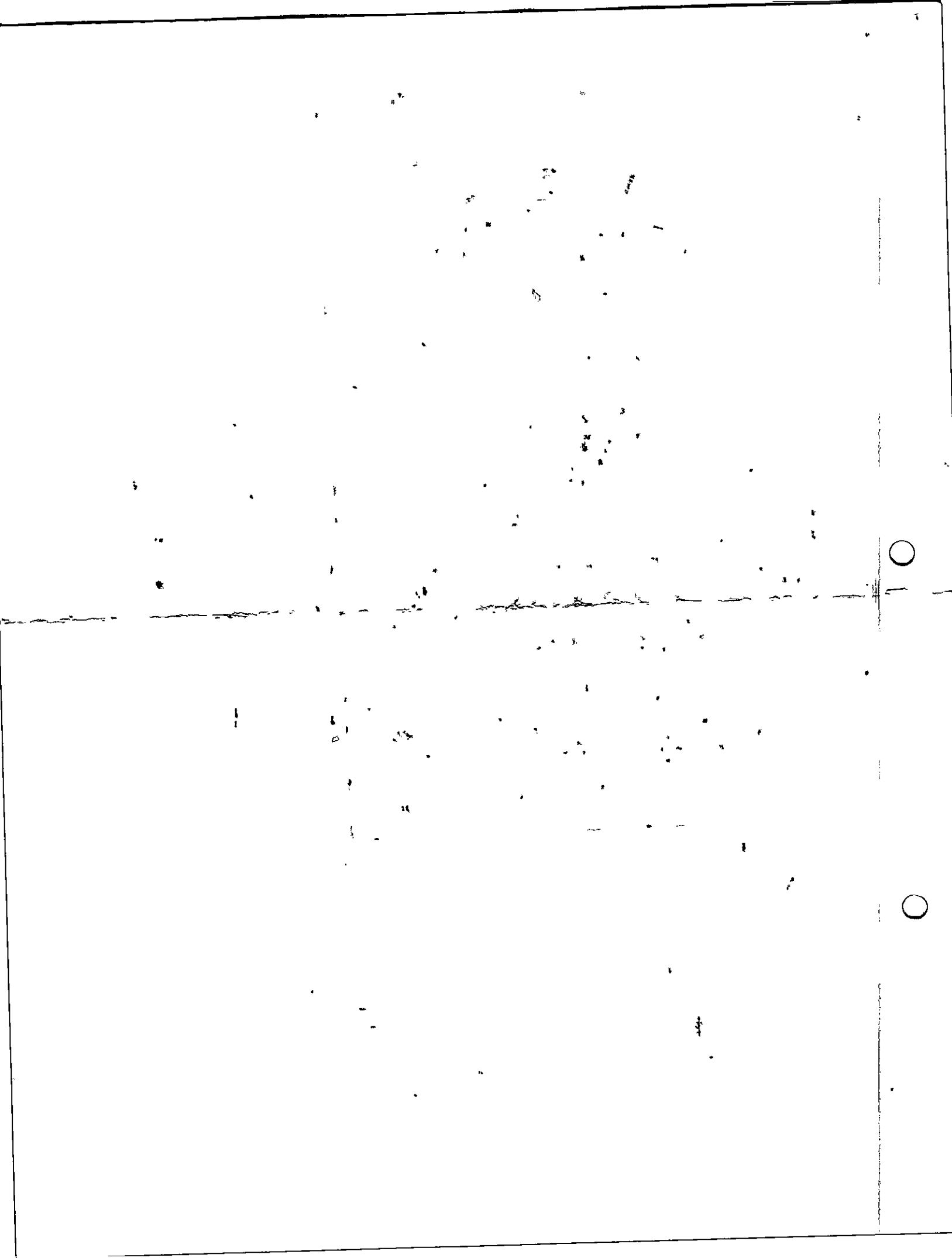
LUGAR DE PREPARACIÓN
ESTADOS UNIDOS - NUEVA YORK

OFICINA DE ENTREGA
ESTADOS UNIDOS - NUEVA YORK

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

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 03-SEP-2025

8514666210
03-MAR-2025



18.

143

enel Bogotá

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

Para realizar el pago indique el número de cuenta así: **2218888-4**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3515571B3-6

CLIENTE

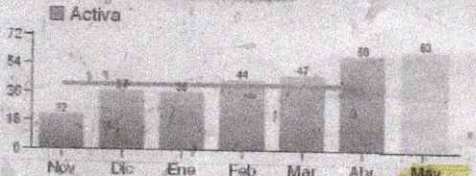
OLAGA LILIANA OCHOA
CL 90 B SUR NO 13 C ESTE 31
JUAN JOSE RONDON
BOGOTA, D.C. - LOS SOCHES

04 014 8517 / 074-538758

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $858,43

CONSUMO DIARIO: 2,10 kWh

VALOR DIARIO: $793

PERIODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025 | DÍAS FACTURADOS: 30 | CONSUMO MES 63 kWh

¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA encaneando el QR

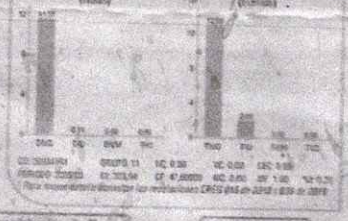
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100000/0146517
RUTA LECTURA:	10040146596
MANZANA DE LECTURA:	MS00134416
MEDIDOR NO:	074-538758
SUBCLASE:	Básica

USO EFICIENTE DE ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
Chat de atención
350 990 9003 Elena Bot o quien Atiende
Enel Colombia @EnelColombiaCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

PUNTOS DE ATENCIÓN AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140025 denuncias@enel.com

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

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Bancos, Internet, Telefonos Banco, Débito Automático, Cobro Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Ordenes, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: dale, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONFECOOP, efecty, El Reval, SUPERRED, BALOTO

Red Distrital: RED CADE, enel

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena: Olímpica, Makro

Si paga en un corresponsal bancario, exija el comprobante del pago. El sello del corresponsal no es 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 123 # 54-39/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: MAR/2025
G: $330,40 T: $65,20 D: $290,00 CV: $79,75 PR: $67,50 R: $23,76 CF: $0,00 / $558,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO:UM03-0603401 - NIVEL DE TENSION: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 5514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ciento. Sistema autoretenedores según Resolución No. 0547 de 28 de enero 2002. N/A Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente podrá con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de los demás antes de la fecha indicada 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 red ver. ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución 0097 de 10 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión proceden el recurso de reposición, en subsidio del apelación, deben ser presentados ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

En cumplimiento de la resolución CREG 156 de 2011 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, derechos y responsabilidades asignados a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlo en nuestra página web www.enel.com.co/contenidos/dam/enel-web/documentos/pdf/codigo-de-medida.pdf

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargado de Cobranza), de acuerdo con la aprobación de la empresa emisora en este documento, 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. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 06/05/2025 02:40:54
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 16:25:19

CUDE: 8fc38373a8a2f09e3d15748c35dfcb849eb0cf722c32f68eda71965a0aec0e0e9bf6f9f58538ea847c041a443c9ae9a7

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación BAS NIT 800.058.607-2 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENPharesare - NIT 830.221.151-6

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA
HC - Número de Historia clínica: 791

MICROCHIP: Expiry - Date: 2030/02/07 900255002405102

FECHA: 14-05-25 dd/mm/aa

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Ulgotes Guzman			COLOR:	Gris-Blanco
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 8M	PESO: A.2kg	POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: 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: Juan David Guzman	DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: ~~Este~~ Este 75B Sur 18	TELEFONO: 3124884257	
CEDULA: 80113399	CORREO ELECTRÓNICO: juandag81@hotmail.com		
BARRIO O VEREDA: La Cabaña	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnologo	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaa NA	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: BORDETELLA: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA		F. RESPIRATORIA		TEMPERATURA		TLLC		MUCOSAS
148	l/m	23	r/m	38.5	°c	2	seg	Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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: 80.913.399

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:

18

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **80.113.399**

GUZMAN

APELLIDOS

JUAN DAVID

NOMBRES



FIRMA

149



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-SEP-1981**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-SEP-1999 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00870635-M-0080113399-20161212 0052509561A 1 1164198977

18

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.675-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1048756-7**

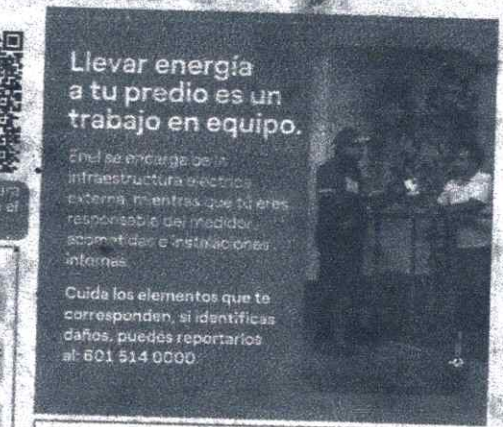
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351544675-5

CLIENTE

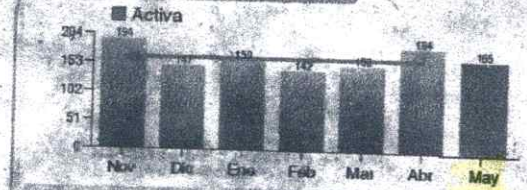
MARIA E GUZMAN
KR 14 A ESTE NO 75 B SUR 18
LA FLORA
BOGOTA, D.C. - LA CABAA,A

04 017 5258 / 018-19239333

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $858,43

CONSUMO DIARIO: 5,50 kWh

VALOR DIARIO: $2.638

PERÍODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 165 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 163 kWh

Este mes tuviste un aumento en tu LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía, te explicamos el porqué AQUÍ

¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR:
Sujeto a aprobación de The Bank of Nova Scotia, vigilado bajo Avenida Scotiabank Colpatria. Consumo sujeto a tarifas, seguros y otros cargos. Aplican términos y condiciones. Conoce más en www.fincacodensa.com.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100000040175258
RUTA LECTURA:	10040170271
MANZANA DE LECTURA:	MS00134629
MEDIDOR NO:	018-19239333
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: 2564/2021 GRUPO: 11 HC: 0,50 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/03 DI: 229,04 CF: 182,09000 MC: 0,00 MI: 1,00 %z: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 016 de 2018

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
Chat de servicios en
350 880 6023 (Llama, Bot o pasa a Asesor)
Enel Colombia
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 53 40365 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
www.enel.com.co/es/personas/defensor-clientes
defensor@enel.com

¿COMO 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, Nequi, dale!, MOVII, Nagua, tpaga

Corresponsales Bancarios: CENRED, efecty, Gi Reval, rapidito, MOVIRED

Red Electrical

Centros de Servicio: RED CADE, enel

Código QR

Almacenes de Cadena: Jumbo

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 # 54-39/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: MAR/2025
G: $336,40 T: $58,28 D: $260,20 CV: $76,75 PR: $67,80 R: $23,79 CF: $0,00 / $858,43 Costo kWh Bas

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

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de reclamo previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate al (601) 5 115 115, fuera del 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 inciso final ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 015/99 consultar [illegible]

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 los usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación 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. 860.063.675-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 06/05/2025 02:30:48
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 15:04:16

CUDE: bb9d99d04f82bc46784fbc546b14c434181dd951e785ce4bdb3b9ba8fc1c4d98df0a6d8cd5058bd449acc2346118

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.032-

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

18

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

151

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 792	MICROCHIP: 900255002404871	FECHA: 14/05/2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Michi FN				COLOR: blanco / negro	
ESPECIE: CANINO___FELINO X	SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA: Criollo	EDAD: 1 año	PESO: 3.2 kg	POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X			TIPO DE ALIMENTACION: 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: Estefany Andrea Quintero Rosas	DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: cll 89d sur #19-este 13	TELEFONO: 3224539124
CEDULA: 1028783310	CORREO ELECTRÓNICO: andrea.q891@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Tihuaque	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bto Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA___APTO X RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/R.	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: N/R.	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa	HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa	TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y
		BORDETELLA: 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: 146 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 38.8 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas	
OBSERVACIONES: —					

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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:
Andrea Quintero	1028783310

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

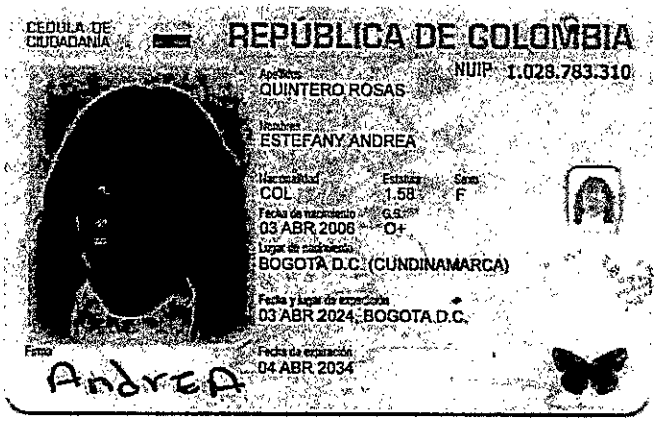
Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación:	Firma:

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:

18



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.028.783.310

Apellidos
QUINTERO ROSAS

Nombres
ESTEFANY ANDREA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.58

Sexo
F

Fecha de nacimiento
03 ABR 2006

G.S. RH
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
03 ABR 2024 BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
04 ABR 2034

.CO

0431005510

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0431005100150001<<<<<<<<<<
0604039F3404045COL1028783310<2
QUINTERO<ROSAS<<ESTEFANY<ANDRE

18

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: **2053752-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351559716-4

CLIENTE

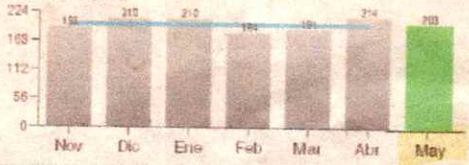
MARIA AURORA GUTIERREZ CAMELO
CL 89 D SUR NO 19 ESTE 13
5
BOGOTA, D.C. - TIHUAQUE

04 015 8672 / 057-1586276

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO $658,43

CONSUMO DIARIO: 6,77 kWh

VALOR DIARIO: $3.726

PERÍODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 203 kWh

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

Llevar energía a tu predio es un trabajo en equipo.

Enel se encarga de la infraestructura eléctrica externa, mientras que tú eres responsable del medidor, acometidas e instalaciones internas.

Cuida los elementos que te corresponden, si identificas daños, puedes reportarlos al: 601 514 0000.



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

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a política de crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040158672
RUTA LECTURA:	10040150751
MANZANA DE LECTURA:	MS20130772
MEDIDOR NO:	057-1586276
SUBCLASE:	Básica

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com/co/es/personas/solicitudes
Chat de servicio en enel.com/co/es/personas/chat-de-atencion
326 880 8080 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia · @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

DEFENSORÍA 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 Semiautomático

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

Corresponsales Bancarios: CONRED, eFácil, D-Revel, 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 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 - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-38/40 Local 122-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del cosio: Vigencia: MAR/2025
G: $335,40 T: $50,25 D: $293,29 CV: $70,75 PR: $67,80 R: $23,75 CF: $0,00 / $658,43 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CIRCUITO LIG15-02863TR1 - NIVEL DE TENSIÓN1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 3547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 de 1995.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicarse al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Consagrado en reg. ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 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 dentro de los cinco días siguientes a la fecha de esta factura. De usarse previo recurso de reposición con el Artículo 130 de la ley 142 1994

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2014, la cual modifico el Código de Medida, se establecieron obligaciones, derechos 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 comunicarse a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Empresas de Cotorra), de acuerdo con la autorización otorgada mediante 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 tercero.

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. Ensioso vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 06/05/2025 02:39:44
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 17:32:13

CUDE: a3b69ae1bba12d8e81837536e243d7e41d949e1029b3deca8f12bc1f621cb3705ec67e2160a3209df333ab29d4ab67

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.117

1 Total Energía $111.770 + 2 Portafolio Enel X $0 + 3 Total Aseo $22.320 = Total a Pagar $134.090

PAGO OPORTUNO 15 MAY /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 19 MAY/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 2053752-0

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 30 MAY /2025

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lectura	×	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Reactiva kWh	×	Valor Unitario $/kWh	=	Valor Componente
ENERGÍA ACTIVA FP	31.704		31.501		203		1		203	203		$858.43		$174.261
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$267.56		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh				Valor kWh $858.4302		X		Beneficio 56.00 %					$62.489

SUBTOTAL: $111.772

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $3.725 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-2
SUBTOTAL:	$-2

1 TOTAL ENERGÍA $111.770

Otros cobros de productos y servicios

enel X

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

2 TOTAL OTROS: $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.083

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

VADO CLIENTE. El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 - 130 kWh/mes) es de: 56.00 %

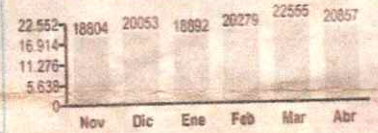
ASEO

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

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

		DÍAS LIQUIDADOS
CUENTA CONTRATO	11501368	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	351559718-4	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	01.04.2025 a 30.04.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$69.958
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-48.971
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBI	$1
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$1.324
ASEO - INTERES POR MORA	$8

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO: $22.320

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

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0.0000 ESTRATO: 1
DENSIDAD: FREC. RECOLECCIÓN: 3
% PARTICIPACIÓN: 0% FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$38.142,50	$15.043,92	$152.831,36

TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO:	0.00283999
LIMPIEZA URBANA:	0.00105817
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001623
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.05486963
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 de aprovechamiento, que pueden ocasionar incrementos en el valor del servicio.

NÚMERO DE CLIENTE 2053752-0

ocumento Equivalente Electrónico No. 351559718-4

(415)7707209914253(8020)012055782035155971 84(3900)0000000134090

PAGO OPORTUNO 15 MAY /2025

TOTAL A PAGAR $134.090

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 193 | MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002405095 | FECHA: 14-05-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Arex Patiño | COLOR: Blanco-gris

ESPECIE: CANINO___FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1A | PESO: 2.8kg | POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACION: 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: Juliana Patiño Melo | DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: CL 90B SUR 13C este 37 | TELEFONO: 3213188945

CEDULA: 1021666810 | CORREO ELECTRÓNICO: mejia.juliana491@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Los Soches | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Enero/2025 | ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa BORDETELLA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa | HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y | RABIA: dd/mm/aaaa Enero/2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguna

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 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 específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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:
Doliana Patiño.z	1021666810

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____Identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:

18


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.021.666.810

Apellidos
PATIÑO MELO

Nombres
JULIANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.58

Sexo
F

Fecha de nacimiento
08 FEB 2005

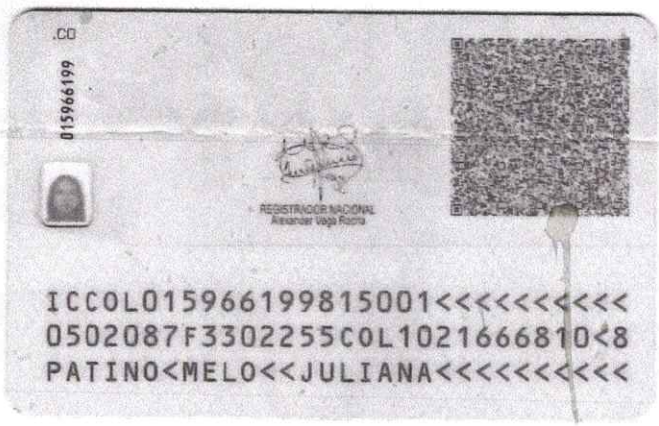
G.S.
A+

Lugar de Nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
24 FEB 2023, BOGOTA D.C.

Firma
Juliana Patiño

Fecha de expiración
25 FEB 2033


.CO

015966199

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL015966199815001<<<<<<<<<<<
0502087F3302255COL1021666810<8
PATINO<MELO<<JULIANA<<<<<<<<<<

18

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: **2218888-4**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351557193-6

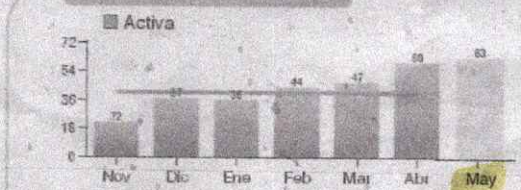
CLIENTE

OLAGA LILIANA OCHOA
CL 90 B SUR NO 13 C ESTE 31
JUAN JOSE RONDON
BOGOTA, D.C. - LOS SOCHES

04 014 8517 / 074-538758

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $858,43

CONSUMO DIARIO: 2,10 kWh

VALOR DIARIO: $793

PERÍODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025 | **DÍAS FACTURADOS:** 30 | **CONSUMO MES** 63 kWh

Llevar energía a tu predio es un trabajo en equipo.

Enel se encarga de la infraestructura eléctrica externa mientras que tú eres responsable de mantener tus redes y instalaciones internas.

Cuide 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. Sometido a supervisión exclusiva 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:	1000040148517
RUTA LECTURA:	10049140396
MANZANA DE LECTURA:	MS001344415
MEDIDOR NO:	074-538758
SUBCLASE:	Básica

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/solicitudes
Chat de atención enel.com.co/personas/chat-de-atencion
350 880 6003 (Elena Bot o guía 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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Correponsales Bancarios: CONRED, efecty, Gana, Su Red, Su Red, MOVIRED, Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Olímpica, Makro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del depósito. 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: $66,28 D: $693,26 CV: $70,76 PR: $67,88 R: $23,76 CP: $0,00 / $858,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UMS-38047811 - - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

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

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente puede usar 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 red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 0051 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el actual suspensión proceso el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa dentro 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 acreditaron adecuadamente, conexiones y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

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

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

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 Bojacá # 6 B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 153 # 9A-38/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

FECHA GENERACIÓN: 06/05/2025 02:40:54
FECHA EXPEDICIÓN: 05/05/2025 16:25:19

CUDE: 8fc38373a8a209e3d1574fd05d1cb849eb0cf722c32f08eda71965e8aed0903b6f9f595398ea947c041a443c9aae9af7

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.095.645. Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturación - NIT 900.321.191-0

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 794 | MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002405105 | FECHA: 14-05-25 (dd/mm/aa)

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Michi Mejia | COLOR: Naranjado

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 5M | PESO: 2.5kg | POTENCIAL PELIGROSO SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X | TIPO DE ALIMENTACION: 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: Guadalupe Mejia | DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: cl 90B Sur 13C este 31 | TELEFONO: 3135812835

CEDULA: 51.664.228 | CORREO ELECTRÓNICO: Mejiaguadalupe894@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Los Soches | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NR

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___ CANINOS X PARVO: dd/mm/aaaa ___ dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: ___ PARAINFLUENZA Y ___ BORDETELLA: 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: 146 l/m | F. RESPIRATORIA: 21 r/m | TEMPERATURA: 38-8 ºc | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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: Jose Mejia	Nro de Identificación: 51664228

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.664.228

MEJIA
APELLIDOS

GUADALUPE
NOMBRES

Guadalupe Mejia
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-OCT-1962

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-FEB-1981 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00540051-F-0051664228-20140125 0036818261A 1 1542609346

enel Bogotá

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

Para pagos a nombre de la empresa de energía por

2218888-4

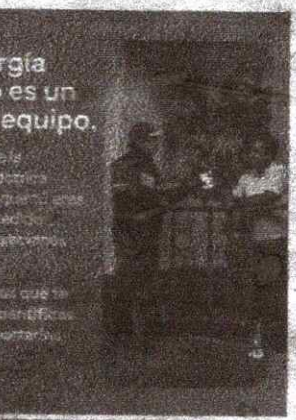
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351557193-6

CLIENTE

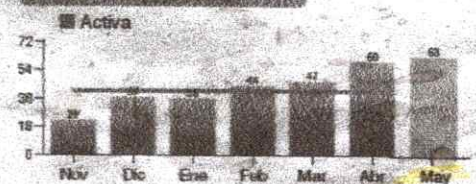
OLAGA LILIANA OCHOA
CL 90 B SUR NO 13 C ESTE 31
JUAN JOSE RONDON
BOGOTA, D.C. - LOS SOCHES

04 014 9517 / 074-538758

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR KWH APLICADO: $650,45

CONSUMO DIARIO: 2,10 kWh

VALOR DIARIO: $793

PERIODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 63 kWh

CONSUMO PROMEDIO: 53 kWh/MES - 41 kWh/DIA

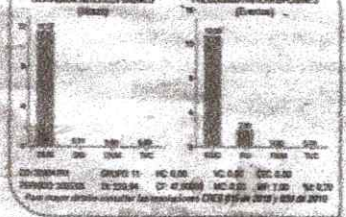
¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos.
Crédito Fácil CODENSA exclusivamente en Cifi.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA KW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000004144517
RUTA LECTURA:	10045140596
MANZANA DE LECTURA:	M5001134415
MEDIDOR NO:	074-538758
SUBCLASE:	Ordinario

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz; esto ilumina los espacios de tu hogar.



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 5 115 115

115 Gratuito desde fijo Bogotá

603 5140595 Gratuito desde fijo Nacional

ATENCIÓN AL CLIENTE

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

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Daviplata

Centros de Servicio

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 72B # 54-38/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

FECHA GENERACIÓN: 06/05/2025 02:40:54
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 16:25:19

CUDE: 8fc6f372a6ea20ed1d7...

Factura impresa por Claro S.A. Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.059.448-8 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS NIT: Nombre del OR/ CENFinanciero - NIT 860.063.154-0

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 795 | MICROCHIP: SI Número: 900255002405094 (Expiry – Date: 2030/02/07) | FECHA: 14/5/25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sebastian Quinto Buenaño				COLOR: Blanco - Café	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 1 año	PESO: 3.0 K	POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___			

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO Nació en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Melissa Quinto Buenaño	DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: Cll 90 G Sur #13c Este 31	TELEFONO: 3223158101
CEDULA: 1.193.564.413	CORREO ELECTRÓNICO: quintomelissa20@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Los Soches	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: __CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa / dd/mm/aaaa BORDETELLA: dd/mm/aaaa / FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa	HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa	LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y	RABIA: dd/mm/aaaa
N-D	Enero-15-25					01-15-25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 146 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.6 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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:
Melissa Quinto	1193564413

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:.

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:

141



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.193.564.413
QUINTO BUENAÑO

APELLIDOS
MELISSA

NOMBRES
Melissa Quinto

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

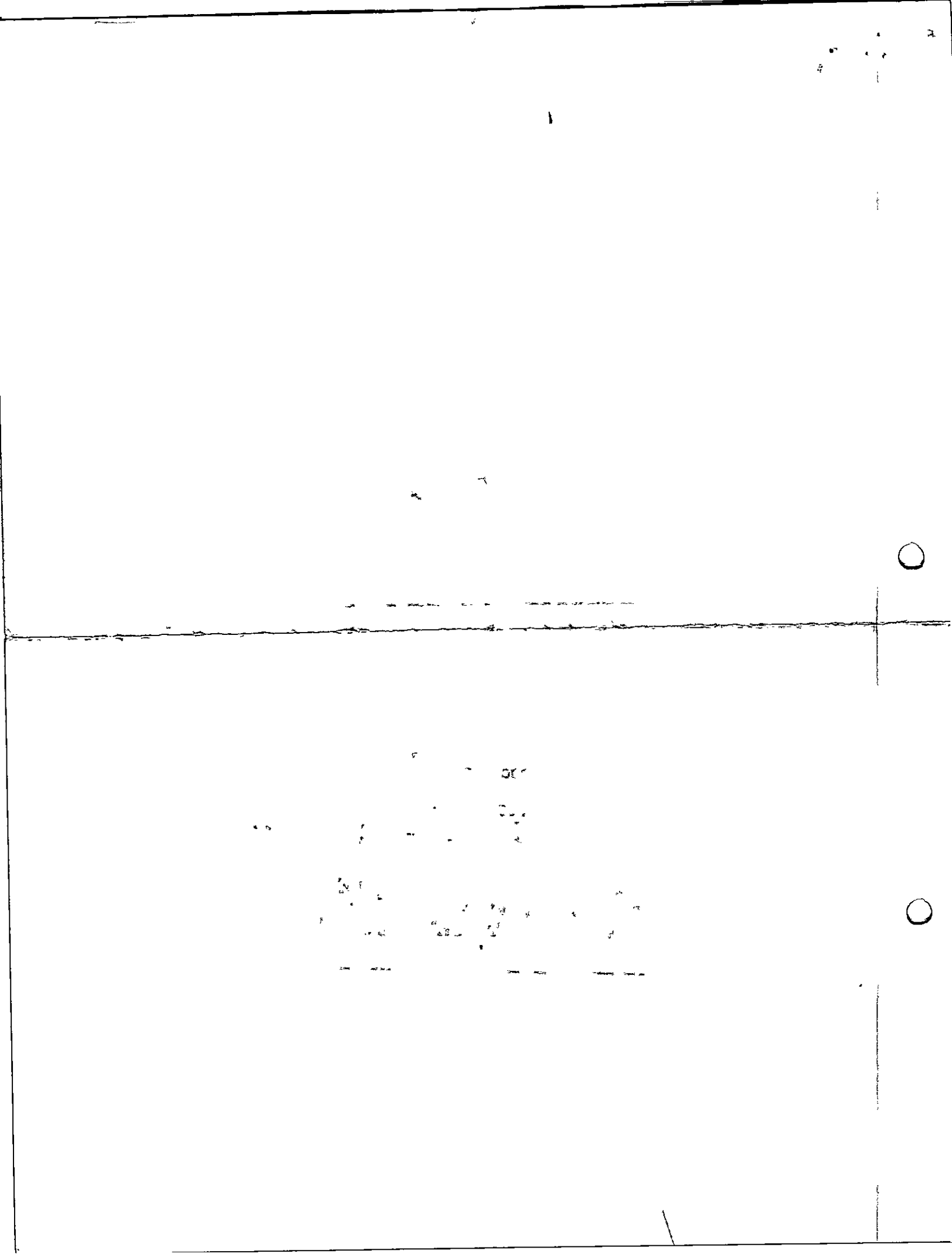
FECHA DE NACIMIENTO 12-OCT-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

10-NOV-2021 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-5200100-01268318-F-1193564413-20211124 0076755265G 1 8503378966



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: **2218888-4**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351557193-6

CLIENTE

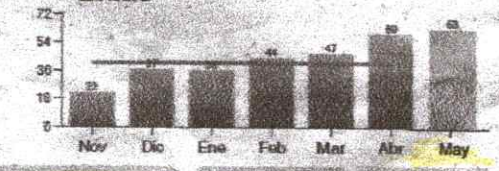
OLAGA LILIANA OCHOA
CL 90 B SUR NO 13 C ESTE 31
JUAN JOSE RONDON
BOGOTA, D.C. - LOS SOCHES

04 014 8517 / 074-538758

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $558,55
CONSUMO DIARIO: 2,10 kWh
VALOR DIARIO: $703
CONSUMO PROMEDIO (6 MESES): 41 kWh

PERIODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025
DÍAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES: 63 kWh

¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Solicítalo hoy en Crédito Fácil COOPCENTRAL vigilado por la SFC

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA KW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1308091048517
RUTA LECTURA:	1308091140286
MANZANA DE LECTURA:	MB06/34415
MEDIDOR NO:	074-538758
SUBCLASE:	Básica



CONTÁCTANOS

ENLÍNEA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Opción 1 las 24 horas	601 5140065 denuncias@enel.com

Registro gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

SUGERENCIAS Y RECLAMOS
www.enel.com.co/es/personas/Defensor-cliente
defensor@enel.com

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Bancos, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cobro Bancolombia, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Nequi, Daviplata, Dale!, NOVI, Nequi, Tpaga

Corresponsales Bancarios: CORFRED, Efecty, Gana, Punto Red, Su Red, Baloto

Red Débitos: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Código QR

Almacenes de Cadena: Alkosto, Makro

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el respectivo recibo del sistema. 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 # 54-28/40 Local 123-124

Líneas de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS Componentes del costo: Vigencia: MAR2025
G: $558,40 T: $66,20 D: $260,36 CV: $70,05 PR: $57,89 R: $23,76 CF: $0,00 / $666,43 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,84 por mil. Tarifas autorizadas 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 comunícate al (601) 5 115 115, línea de Bogotá o 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 noviembre de 2005.

Sobre el acto de suspensión: proceden los recursos de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.

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

En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, se cobrará a los usuarios de energía eléctrica (Generación de Comercial), de acuerdo con la aplicación vigente emitida por el Ministerio de Minas y Energía.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, le curo mostrar el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y RIB 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, 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 recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Generación de Comercial), de acuerdo con la aprobación vigente 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: 06/05/2025 02:40:54
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 16:25:19

CUDE: 81c38379a6a0d9e3d15746c95c1cb846eb0c722a32f68eda71965e80aad8903b6f9f5f8536e8472d41a443d6e0a97

Factura impresa por Canal de Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.095.815 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS (SIC) Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 196 | MICROCHIP: SI Número d: 900255002404453 | FECHA: 14-05-25 dd/mm/aaaa

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Taty Salinas Jimenez | COLOR: Amarillo - blanco

ESPECIE: CANINO___FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA: Mestiza | EDAD: 3 AÑOS. | PESO: 3-5 k | POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACION: 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: Johanna Andrea Salinas Jimenez | DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: Cll 90 n Sur #19este 64 | TELEFONO: 3125069980

CEDULA: 1.022.951.396. | CORREO ELECTRÓNICO: 3125069980@sincorreo

BARRIO O VEREDA: Tihuaque. | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: N/R

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: 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: 147 l/m | F. RESPIRATORIA: 26 r/m | TEMPERATURA: 38.8 ºc | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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:
Johanna Andrea Salinas J.	7.022957396.

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____Identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.022.951.396
SALINAS JIMENEZ
APELLIDOS
JOHANNA ANDREA
NOMBRES

Johanna Salinas
FIRMA



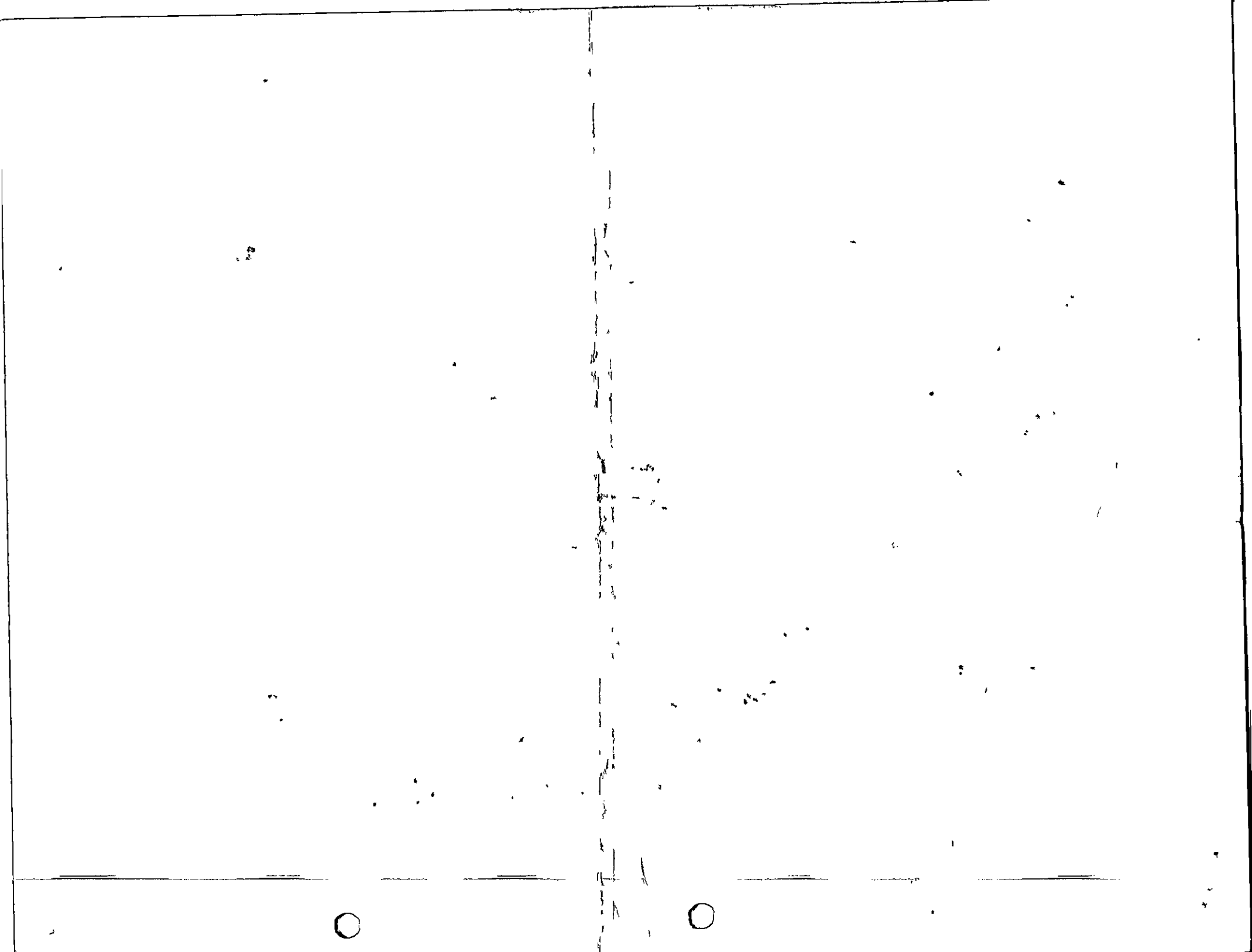


FECHA DE NACIMIENTO 13-ENE-1989
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
07-JUN-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01290333-F-1022951396-20220412 0078745287A 1 8504083071



enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860 063 875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

1910540-1

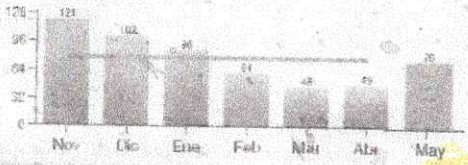
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351528855-4

JAIME FOYA SANCHEZ
CL 90 A SUR NO 19 ESTE 64
BOGOTA, D.C. - TIHUAQUE

04 015 8541 / 018-19344668



Activa



VALOR kWh APLICADO: $256,43

CONSUMO DIARIO: 2,53 kWh

VALOR DIARIO: $957

PERIODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 76 kWh

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

Crédito Fácil CODENSA es cosa de dos.

Producto registrado de The Bank of Nova Scotia, vigilado bajo licencia Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a políticas crédito de la entidad. Consulta más en enelcomercializacion.codensa.com.co

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

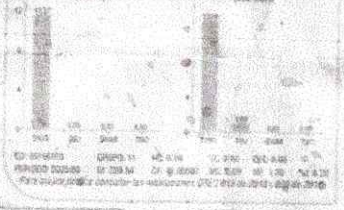
CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	19000040158541
RUTA LECTURA:	1004015062S
MANZANA DE LECTURA:	MS20130776
MEDIDOR NO:	018-19344668
SUBCLASE:	Básica

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Cantidad)



CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enelcomercializacion.codensa.com/personas/solicitudes

Chat de servicio en enelcomercializacion.codensa.com/personas/chat-de-atencion

320 320 8020 Elección Bot o para Asesor

Enel Colombia @EnelColombiaCO

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca	Línea gratuita nacional	Fax
601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140066

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billeteras Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Electrónica

Canales de Servicio

Oficinas ATH

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 - 30
ASEO LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P	Calle 129 a 54 -39 40 Local 123 124

Línea de servicio al cliente 110

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

G: $339,40 T: $56,20 D: $283,20 CV: $78,75 PR: $57,99 R: $23,76 CP: $0,00 - $668,49 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: 0102-13SCTH - NIVEL DE TENSION: PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3511 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 de mi. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. Ante Regional Centro. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 010 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 ante en la fecha prevista para pago oportuno. Para mayor información comunicarse al (601) 9 115 115 fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestras Oficinas de Servicio al Cliente. Consulte de ser: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0091 de 10 de diciembre de 2024.

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.

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, le pedimos mantener el Código de Medidor, se estableciendo colaboradas, asociadas y relacionadas conocidas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus asociados. Para obtener más 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 nuestras Oficinas de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP prestará el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de Codensa, de acuerdo con la autorización expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información ambientales con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 06/05/2025 02:36:36
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 16:03:12

CUDE: 47159db398bbdb0dc2996276bf57a7b9dd9551 4bbb62bd6857 aab7d737e66c4a5094e188868b869eda8e7d318aaa

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturador - NIT 890.321.031-0

Términos emitidos por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.059.997-8

18

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 197 | MICROCHIP: 900255002404872 | FECHA: 14-05-25 (d/m/aaaa)

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kiwi | COLOR: Negro/Blanco

ESPECIE: CANINO___FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 2 AÑOS | PESO: 3,5 Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACION: 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: Lizeth Tatiana Ramirez Mejia | DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: Cl 92 Sur 13 Este 69 | TELEFONO: 3004427163

CEDULA: 1000935724 | CORREO ELECTRÓNICO: tatianaramirez7041@gmail.com

BARRIO O VEREDA Juan Jose Rondon | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa DIC/24

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 149 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 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	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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:
Lizeth Ramirez	1000935724

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:

18

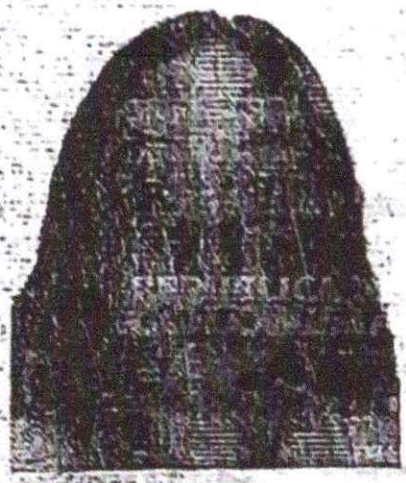
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.935.724**

RAMIREZ MEJIA
APELLIDOS

LIZETH TATIANA
NOMBRES

Lizeth R
FIRMA



14/21

FECHA DE NACIMIENTO **04-NOV-2001**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | **AB+** G.S. RH | **F** SEXO

18-NOV-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01159516-F-1000935724-20200914 0071739327A 1 9913039667

Escaneado con CamScanner

19603

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: **6277685-3**

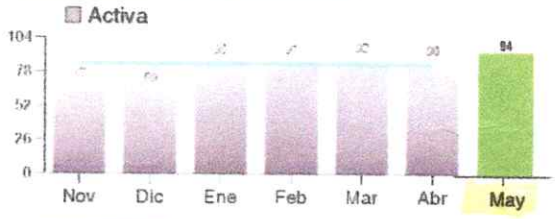
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 351521858-3

CLIENTE

CARLOS GIOVANNI BEDOYA GUERRERO
CL 92 SUR NO 13 F ESTE 69 PI 1
BOGOTA, D.C. - JUAN JOSA. RONDON

04 014 8364 / 110-111087402

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $858,43

CONSUMO DIARIO: 3,13 kWh

VALOR DIARIO: $1.184

PERIODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025

DIAS FACTURADOS: 30

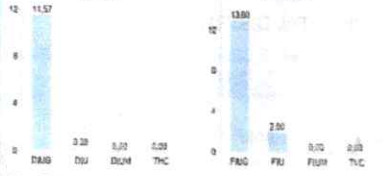
CONSUMO MES 94 kWh

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

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040148364
RUTA LECTURA:	10040140404
MANZANA DE LECTURA:	MS00133687
MEDIDOR NO:	110-111087402
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 20072TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/03 DI: 229,04 CF: 92,00000 HC: 0,00 HF: 1,00 %I: 0,28

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

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 · MOVII · Nequi · Epaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · efecty · Red Multiservicios · Movired

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

Jumbo · Metro

Código QR

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: UM35-20072TR1- - 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 Comun CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.
"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: 9327e4a55a87c25b47fde9c2579e9786b605ca7493b242e811bd5938061 1f77ff9816675cdc2430b3b45f89e4a0193f6fd

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 Facil 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.

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/realizaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 690 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 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 # 54-33/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

FECHA GENERACIÓN: 06/05/2025 02:50:49
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 17:34:06

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S. NIT 830.085.992-4

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

12.287 - Página 2 de 2

No. Cuenta 6277685-3 19603

1 Total Energía $35.510 + 2 Portafolio Enel X $0 + 3 Total Aseo $11.160 = Total a Pagar $46.670

PAGO OPORTUNO
15 MAY /2025

FECHA DE SUSPENSION
19 MAY/2025

ENERGÍA

NUMERO DE CUENTA: 6277685-3

PROXIMA FECHA DE LECTURA: 30 MAY /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	x	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	x	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	11.568		11.474		94		1		94	94		$858,43		$80.692
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$293,26		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $858,4302	X			Beneficio -56,00 %					-$45.184

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.184 DIARIOS

SUBTOTAL: $35.508

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$2
SUBTOTAL:	$2

Consumos + Otros cobros asociados a energía → 1 TOTAL ENERGÍA: $35.510

Otros cobros de productos y servicios

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

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.863

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 realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -56,00 %

ASEO

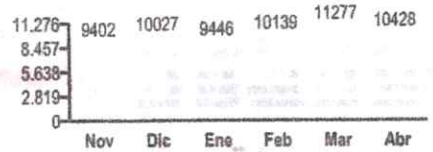
Promoambiental Distrito SAS ESP

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

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

		DÍAS LIQUIDADOS
CUENTA CONTRATO	11349473	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	351521858-3	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	01.04.2025 a 30.04.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$34.979
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-24.485
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBI	$4
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$662

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0,0000 | ESTRATO: 1

DENSIDAD | FREC. RECOLECCIÓN: 3

% PARTICIPACION: 0% | FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$19.071,25	$7.521,96	$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: $11.160

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

MENSAJES DE INTERÉS

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

NÚMERO DE CLIENTE
6277685-3

Documento Equivalente Electrónico No.
351521858-3

(415)7707209914253(8020)016277685335152185 83(3900)00000000046670

PAGO OPORTUNO
15 MAY /2025

TOTAL A PAGAR
$46.670

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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

HC Número de Historia clínica: 198 | MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002404955 | FECHA: 14-05-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chopper Rojas | COLOR: Blanco - negro

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: Jhon Alexander Rojas Rivera | DIRECCION Kr 14B este 90A sur 34 01 | TELEFONO 3194997453

CEDULA: 1032388039 | CORREO ELECTRÓNICO: bramdon8039@gmail.com

BARRIO O VEREDA Villa Diana | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: Junio 2024 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aa PENTAVALENTE: dd/mm/aaa
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: Mayo 2024

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m | F. RESPIRATORIA: 26 r/m | TEMPERATURA: 38.8 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1.1mg/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 SCS

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

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: 1032388039

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:

163



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.388.039
ROJAS RIVERA
APELLIDOS
JHON ALESXANDER
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-ABR-1987
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
24-MAY-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-1500150-00702436-M-1032388039-20150506 0044078029A 1 1303379559

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



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



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

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

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

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Actividad válida del 17 de marzo al 30 de junio de 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 siguiente empresa acreditada ante la CNAC. Consúltalas en cnac.org.co

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Nequi · dale · plata

*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 COMERCIALIZACIÓN S.A.S. NIT. 830.056.812-9 704523072024

¡Hola!

MELBA IDALI RIVERA
KR 14B ESTE 90A SUR 34 01 00001 - VILLA DIANA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120210003735263

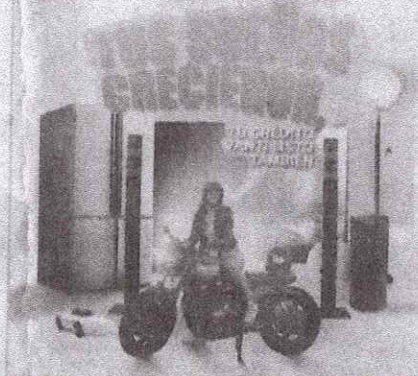
Lote: P09GN **Ruta:** 0011270186390005000 **Código del Sector:** 386

Cuenta o referencia de pago 63543662

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 3.669.627**



vanti Listo

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

Y un extracupo de hasta $12.000.000

*exclusivo para financiar moto

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

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

0011270186390005000 37004 P09GN C1

Factura de gas

Abril 2025

Cuenta o referencia de pago **63543662**

BOGOTA

vanti

Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
02 May. 2025	03 May. 2025	Mar. - Abr. 2025	15 Abr. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	15M3	3.282,01	0,00	49.230,15
MENOS SUBSIDIO (54%)	1UN	-26.490,74	0,00	-26.490,74
AJUSTE DECENA	1UN	4,44	0,00	4,44
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	975,00	0,00	975,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	6.690,49	0,00	6.690,49

1 – Total **$30.409,34**

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.9100 % Comple Hogar Vanti	31/36	52.110,66	6.690,49	52.110,66

2 – Total **$52.110,66**

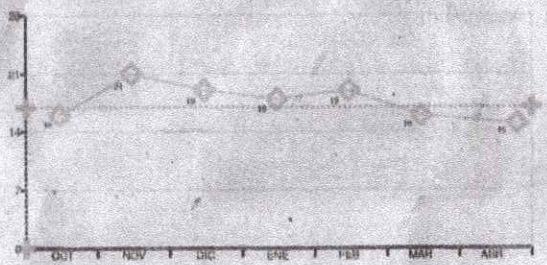
3 – Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$82.520,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
12 Mar. 2025	1130	REAL
11 Abr. 2025	1149	REAL

m³ corregido = 1149 - 1130 * Factor de corrección = 15

Tu próxima lectura será Entre 09 y el 14 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

(415)7709998026025(8020)63543662(3900)00000000082520

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 May. 2026

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente.* *Resoluciones 059 de 2012 y 41 366 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
pi: 55.71 Cvm: 0.0 Cvim: 0.0 Cuvm: 0.0
Cmr: 0.0 Fpcm: 42.476 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mpm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 177
kWh y el precio unitario del kWh es: $128.471

Factor de corrección

Vm: 19 Kp: 0.76727 Kt: 1.00484 Pr: 0.77068
Vc: 15 Tm: 14.17 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pz: 0.752 Pm: 0.023 F pvc: 1.0
Factor de corrección: 0.77068

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DSS: 0.0 IC: 100.0 IPR: 100.0



NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO

Sujeto a control por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUIP 3-7709998 de VANTI S.A. ESP en el grado 2 de 2023 Resolución 20243 Vanti S.A. ESP Bogotá Cundinamarca Resolución 20243 Vanti S.A. ESP Bogotá Cundinamarca Resolución 20243 Vanti S.A. ESP Bogotá Cundinamarca

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 799 | MICROCHIP: SI Núm: 900255002405098 | FEC HA: 14/5/25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lamin Mosquera Osma | COLOR: Gris - blanco

ESPECIE: CANINO___FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 6 M. | PESO: 2.0 K | POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI_____NO X | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO_____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO___REGALADO X PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Oscar Cediel Mosquera Osma | DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: Cll 90 B Sur # 21 este 56 | TELEFONO: 3052886196

CEDULA: 13.685.641 | CORREO ELECTRÓNICO: 3052886196 @ sincorreo

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

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria | TIPO DE VIVIENDA: CASA V APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N.A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa N.R | ULT. VACUNACION: NS/NR X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 141 l/m | F. RESPIRATORIA: 27 r/m | TEMPERATURA: 38.6 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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 Eddil Mosquera Osmo	1368641

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

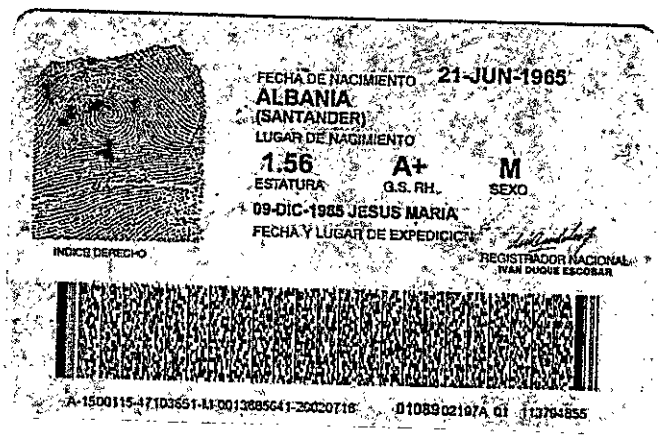
9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
13685641
NUMERO
MOSQUERA OSMA
APELLIDOS
OSCAR CEDIEL
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 21-JUN-1965
ALBANIA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 A+ M
ESTATURA G.S. RH. SEXO
09-DIC-1985 JESUS MARIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
A-1500115-47103651-M-0013685641-20020716 0108902197A 01 113704855

enel Bogotá

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

PANEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2017612-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351549061-8

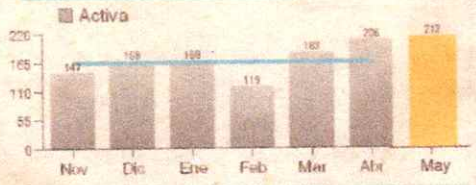
CLIENTE

OSCAR CEDIEL MOSQUERA
CL 90 A SUR NO 21 ESTE 56
BOGOTA, D.C. - TIHUAQUE

04 015 8351 / 018-19344808

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $866,43

CONSUMO DIARIO: 7,07 kWh

VALOR DIARIO: $3.983

PERÍODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 212 kWh

CONSUMO PROMEDIO DE LOS 6 MESES 189 kWh

Encuentra nuestros videos de LECTURA DE TU MEDIDOR y CONSUMO presentados por Enel. Escúchalos tus padres en casa y tus docentes 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 tu eres responsable del medidor, acometidas e instalaciones internas.

Cuida los elementos que te corresponden, si identificas daños, puedes reportarlos al 601 514 0000.



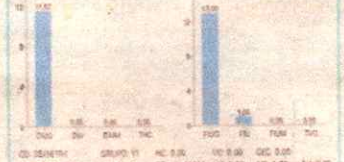
¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR.

®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:	2.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000004158351
RUTA LECTURA:	19040159446
MANZANA DE LECTURA:	MS20130778
MEDIDOR NO:	018-19344808
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicalos.html
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
318 880 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
@EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: Daviplata, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecti, Reval, TODO1, MOVIRED, Baloto, Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Código QR

Almacenes de Cadena: Jumbo, Alkosto

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del pagaforo. 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
D: $739,49 T: $86,26 D: $203,26 CV: $78,75 PR: $67,06 R: $22,76 CP: $0,00 : $866,43 Costo kWh Mes

GRUPO: (1 CIRCUITO: UM03-25183701 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ml. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 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 0091 de 19 de diciembre de 2024.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG155-11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifico el Código de Medida, se establecieron obligaciones, derechos y responsabilidades asignados 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 (Decreto de Crisis), 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. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 06/05/2025 02:39:10
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 16:15:12

CUDE: 614e12b76fd4ea179906d897095945dc7439db19b5922ab3392111 19ce3df68a06d8190d05a5fd01b2ac3b0059a61adc402d6b

Factura impresa por Consejal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.095.852-

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

18

1 Total Energía $119.500 + 2 Portafolio Enel X $16.900 + 3 Total Aseo $32.140 = Total a Pagar $168.540

PAGO OPORTUNO 15 MAY /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 19 MAY/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 2017612-0

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA 30 MAY /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de Medidas	×	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	61.528		61.516		212		1		212	212		$858,43		$181.987
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$293,26		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh X				Valor kWh $668,4302		X		Beneficio 55.00 %					$62.489

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $3.953 DIARIOS

SUBTOTAL: $119.498

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$2
SUBTOTAL:	$2

Cualquiera > Otros cobros asociados a energía

1 TOTAL ENERGÍA $119.500

Otros cobros de productos y servicios

COBRO SEGUROS	$16.900

enel X

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL, donde estar atentos a en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

2 TOTAL OTROS $16.900

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.863

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

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -55.00 %

ASEO

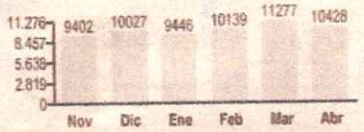
Promoambiental Distrito S.A.S. E.S.P.

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

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	70151788	DÍAS LIQUIDADOS
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	351549061-8	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	01.04.2025 a 30.04.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$104.937
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-73.456
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-4
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$662
ASEO - INTERES POR MORA	$1

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0.0000 | ESTRATO: 1

DENSIDAD: | FREC. RECOLECCIÓN: 3

% PARTICIPACIÓN: 0% | FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	3	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$57.213,75	$22.565,88	$152.831,36

TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO:	0.00263999
LIMPIEZA URBANA:	0.00105817
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001623
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.05498953
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
APORO NO APROVECHABLE	0.00

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO $32.140

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 2017612-0

Documento Equivalente Electrónico No. 351549061-8

(415)7707209914253(8020)012017612035154906 18(3900)0000000168540

PAGO OPORTUNO 15 MAY /2025

TOTAL A PAGAR $168.540

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA
HC - Número de Historia clínica: 200
MICROCHIP: SI Núme: 900255002405107
FEC HA: 14/5/25
ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Negro Lara Castro
COLOR: Negro
ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X
RAZA: Mestizo
EDAD: 5m
PESO: 2-3
POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X
TIPO DE ALIMENTACION: 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: Andres felipe Lara Castro
DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: cll 89D sur #14 a Este 27
TELEFONO: 3123277032
CEDULA: 1-023.928.034
CORREO ELECTRÓNICO: felipe500k@hotmail.com
BARRIO O VEREDA: Los Soches
ESTRATO: 1
LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller
TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N.D
ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: N.R.
ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa
dd/mm/aaaa
BORDETELLA: dd/mm/aaaa
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa
TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:
PARAINFLUENZA Y
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: Ningno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningono

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA		F. RESPIRATORIA		TEMPERATURA		TLLC		MUCOSAS
142	l/m	26	r/m	38.8	°c	2	seg	Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 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 riegos 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 cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Andres Felipe Lara Castro	1029928034

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.023.928.034
LARA CASTRO

APELLIDOS
ANDRES FELIPE

NOMBRES
Andres Felipe Lara Castro

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-SEP-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
05-OCT-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

A-1500150-00870684-M-1023928034-20181213 0052533581A 2 1674180392

18

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: E4 RUTA: E44160A

BIMESTRAL

11417604
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17167283419
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA NURY CARDONA GARCIA .

Dirección del predio
CL 89D SUR 14A ESTE 27

Barrio: LOS SOCHES **Localidad:** USME

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	DIC/21/2024	FEB/18/2025

Pago oportuno	MAR/25/2025	Suspensión	MAR/28/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/19/2025	MAR/08/2025 09:41:36	MAR/08/2025 16:18:24

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena. NIT. 890.930.534-0

1 - 18

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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

HC Número de Historia clínica: 201 | MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002404958 | FECHA: 14-05-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pepe Barrero | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO___FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 2A | PESO: 4.5 KG | MANEJO ESPECIAL: SI___NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO__

ORIGEN: NS/NR__RESCATADO____COMPRADO____ADOPTADO___REGALADO X PERRO DE CUADRA____OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Carolina Barrero Duarte | DIRECCION: CL 90C sur 19 este 04 | TELEFONO: 3134919656

CEDULA: 29.877.815 | CORREO ELECTRÓNICO: carolina.barrero063@hotmail.com

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

ESCOLARIDAD: Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: CASA____APTO X RURAL

NS/NR:

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: Mayo/2024 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aa 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: mayo/2024

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m | F. RESPIRATORIA: 27 r/m | TEMPERATURA: 38-8 °c | TLLC seg | MUCOSAS:

OBSERVACIONES: ——

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	VII ACINA	0.5 ml.	0.2mg/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	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:	Nro de Identificación:
Diana Carolina Barrero	29877817

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:

165

COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **29.877.815**

BARRERO DUARTE

APELLIDOS

DIANA CAROLINA

NOMBRES

Diana Carolina Barrero

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-SEP-1978**

IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

17-FEB-1998 TULUA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01044069-F-0029877815-20181106 **00631**03108A 2 9905942378

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

18

165

8452

enel Bogotá

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

Factura de servicios públicos
2017611-8

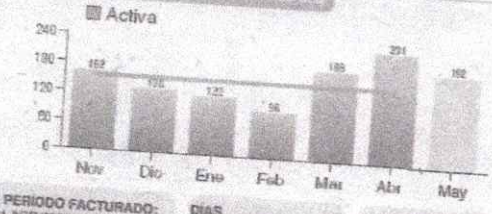
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351549060-0

CLIENTE
SAMUEL PACHECO
CL 90 C SUR NO 19 ESTE 04
BOGOTA, D.C. - TIHUAQUE

04 015 8016 / 018-19344753

¿Conoces tu factura Virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $858,43

CONSUMO DIARIO: 6,40 kWh

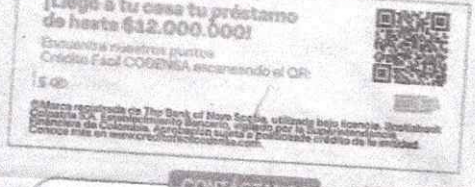
VALOR DIARIO: $5.411

PERIODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 192 kWh





INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	9,10
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040158016
RUTA LECTURA:	10940150116
MANZANA DE LECTURA:	MS20130789
MEDIDOR NO:	018-19344753
SUBCLASE:	Básica

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA
Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz, esto iluminará los espacios de tu hogar.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/solicitudes
Chat de servicios en enelpersonas.com/chat-de-atencion
318 809 6003 (Llama Bot o pasa Asesor)
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Cliente Colombia
Twitter @EnelCOnline

EMERGENCIAS	INFORMACIÓN	PQR
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140065 defensor@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

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

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: MAY/2025
D: $232,43 T: $70,28 D: $39,36 CV: $78,75 PR: $57,91 R: $32,70 CP: $0,00 * $858,43 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11 (Ley 142 de 1994, y demás leyes vigentes aplicables).
DTS DE 1995.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y demás leyes vigentes aplicables, para pago oportuno. Para mayor información comunicarse 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. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 0041 de 10 de diciembre de 2020.
Si usted no está de acuerdo con el valor de esta factura podrá hacer uso de los recursos previstos en la ley 142 de 1994, y dentro del término establecido para pago oportuno. Para mayor información comunicarse 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. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 0041 de 10 de diciembre de 2020.
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En caso de no estar de acuerdo con esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
Si usted no está de acuerdo con el valor de esta factura podrá hacer uso de los recursos previstos en la ley 142 de 1994, y dentro del término establecido para pago oportuno. Para mayor información comunicarse 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. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 0041 de 10 de diciembre de 2020.
Si usted no está de acuerdo con el valor de esta factura podrá hacer uso de los recursos previstos en la ley 142 de 1994, y dentro del término establecido para pago oportuno. Para mayor información comunicarse 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. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 0041 de 10 de diciembre de 2020.
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En caso de no estar de acuerdo con esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2018, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, aplicables 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.
Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP prepara el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (tentativa de Comisión), de acuerdo con la aplicación 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 facturación de energía eléctrica y los productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8, vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 06/05/2025 02:30:10
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 16:34:08

CUDE: 39d4cb2d53770e588184d8da54b7754f4af660f878d8da6d3b254d71d6176a2766923d5fa3c5d0149f7b8f0bc963

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Ventisa del SW. CENF-Hostales - NIT 890 321 151-9

22.695 - Página 1 de 4

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA
HC - Número de Historia clinica: 202
MICROCHIP: 900255002404464
FECHA: 14-05-25 (dd/mm/aa)
ORIGEN : LES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Leo
COLOR: Gris
ESPECIE: CANINO___FELINO X
SEXO: HEMBRA___MACHO X
RAZA: Mestizo
EDAD: 6 mes
PESO: 2kg
POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X
TIPO DE ALIMENTACION: 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: Luz Mila Beinal Trujillo
DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: cl 90 A Sur 21 Este SG
TELEFONO: 3204145760
CEDULA: 52 692 716
CORREO ELECTRÓNICO: 3204145760@simcorreo.com
BARRIO O VEREDA: Tihuaque
ESTRATO: 1
LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: NS/NR: Septimo
TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/A
ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: N/R
ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: 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: 29 r/m
TEMPERATURA: 38.2 °c
TLLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: ———

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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: 52692716

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

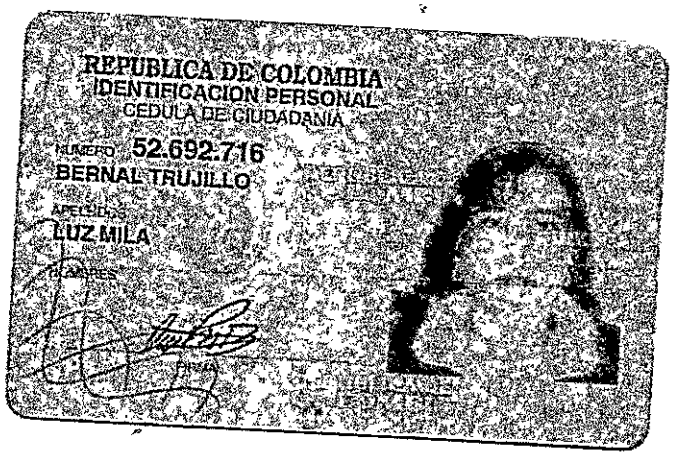
Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.692.716
BERNAL TRUJILLO

APELLIDOS
LUZ MILA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

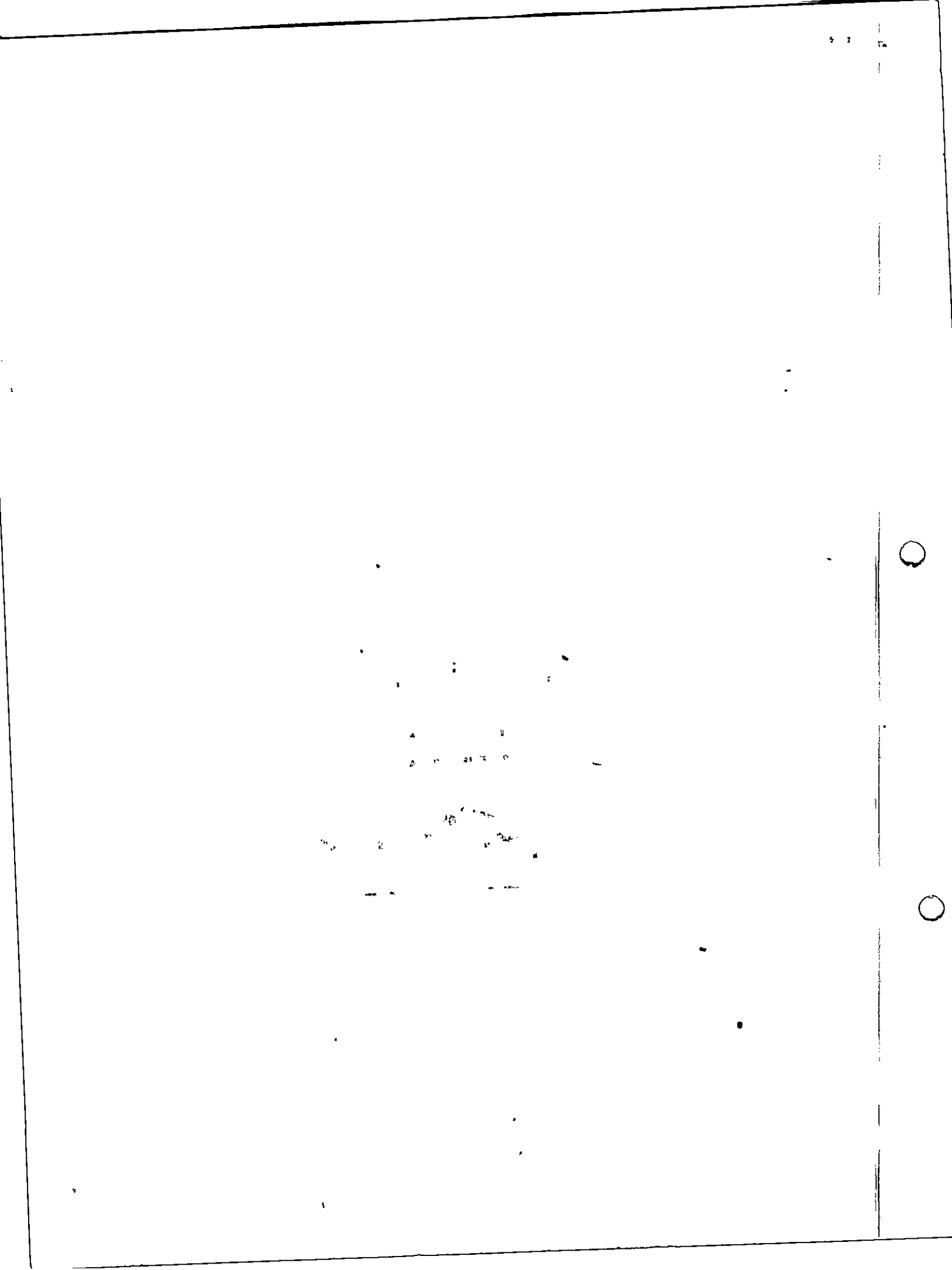
FECHA DE NACIMIENTO 11-SEP-1977
EL CASTILLO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

25-SEP-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00189181-F-0052692716-20090813 0014924139A 1 29133299



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: **2017612-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351549061-8

CLIENTE

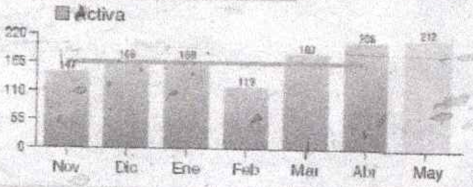
OSCAR CEDIEL MOSQUERA
CL 90 A SUR NO 21 ESTE 56
BOGOTA, D.C. - TIHUAQUE

04 015 8351 / 018-19344808

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

Llevar energía a tu predio es un trabajo en equipo.
Enel se encarga de la infraestructura eléctrica externa, mientras que tú eres responsable del medidor, acometidas e instalaciones internas.
Cuida los elementos que te corresponden, si identificas daños, puedes reportarlos al 601 514 0000.

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $856,43

CONSUMO DIARIO: 7,07 kWh

VALOR DIARIO: $3.983

PERIODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 212 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.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040158351
RUTA LECTURA:	10040150448
MANZANA DE LECTURA:	MS20130778
MEDIDOR NO:	018-19344808
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

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas) — FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes: enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio: enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
Enel Colombia — @EnelClientesCO
App Enel Clientes Colombia

LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE: Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
EMERGENCIAS: 115 Gratuito las 24 horas
DENUNCIAS: 601 5140065

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 Demolombia

Billetera Virtual: dale, MOVii, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P	TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P	Avenida Boyacá # 6 B - 20
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P	Calle 129 # 58-30/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del destino. El recibo del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: MAR/2025
G: $335,40 T: $55,39 D: $293,26 CV: $79,74 PR: $57,00 R: $23,76 CF: $0,00 / $856,43 Costo kWh Mes

FECHA GENERACIÓN: 06/05/2025 02:39:10
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 16:15:12

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 2018.
Sobre el consumo 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 los plazos establecidos. Para mayor información (601) 5 115 115. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según Resolución.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de energía eléctrica. Factura impresa por Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: 04a12b7c6eea17909609709946c7439b16b6922ab33921f119ce3d6fa08699055afb918a2c30005fa51ade402db

1 Total Energía $119.500 + 2 Portafolio Enel X $16.900 + 3 Total Aseo $32.140 = Total a Pagar $168.540

PAGO OPORTUNO 15 MAY /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 19 MAY/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 2017612-0

PAGO OPORTUNO 30 MAY /2025

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de Lectura	×	Factor	=	Consumo Cuenta de Kilos	Consumo Subsidio Kilos	×	Valor Unitario	=	Valor Subsidios
ENERGIA ACTIVA FP	61.828		61.616		212		1		212	212		$859,43		$181.997
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$293,86		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh				Valor kWh $859,4302		X		Beneficio 56,00 %					$62.499

SUBTOTAL: $119.498

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $3.933 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$2
SUBTOTAL:	$2

1 TOTAL ENERGÍA $119.500

Otros cobros de productos y servicios

COBRO SEGUROS	$16.900

enel x

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

2 TOTAL OTROS $16.900

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 $103.683

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

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de 56,00 %

ASEO

Promoambiental Distrito S.A.S. E.S.P.

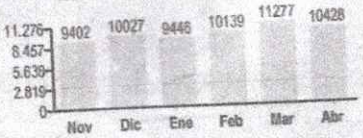
PRESTADOR: PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP

ASE No. 1 NIT 901145808-5

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

		DÍAS LIQUIDADOS
CUENTA CONTRATO	70151788	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	351549061-8	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	01.04.2025 a 30.04.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$104.937
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-73.456
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-4
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$662
ASEO - INTERES POR MORA	$1

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0.0000 ESTRATO: 1

DENSIDAD: FREC. RECOLECCIÓN: 3

% PARTICIPACIÓN: 0% FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	3	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$57.213,75	$22.565,88	$152.831,36

TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO:	0.00263999
LIMPIEZA URBANA:	0.00105817
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001623
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.05466953
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
AFORO NO APROVECHABLE	0.00

MESES EN MORA 0

3 TOTAL ASEO $32.140

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

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 2017612-0

Documento Equivalente Electrónico No. 351549061-8

(415)7707209914253(8020)012017612035154906 18(3900)000000000168540

PAGO OPORTUNO 15 MAY /2025

TOTAL A PAGAR $168.540

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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

HC Número de Historia clínica: 203 | MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002404966 | FECHA: 14-05-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Simon Gil | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO___FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 3A | PESO: 3.8 KG | MANEJO ESPECIAL: SI___NO X

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

ORIGEN: NS/NR__RESCATADO___COMPRADO___ADOPTADO___REGALADO X PERRO DE CUADRA___OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nidia del Carmen Gil Santana | DIRECCION: KR13 este 88G Sur 72 | TELEFONO: 3248398546

CEDULA: 51.595.066 | CORREO ELECTRÓNICO: 3248398546@sincorreo.com

BARRIO O VEREDA: Villa diana | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Bachiller | IVS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa NR | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
FELINOS:
TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 147 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 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	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:	Nro de Identificación: 1595066

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

18

180

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.595.066**
GIL SANTANA
APELLIDOS
NIDIA DEL CARMEN
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-MAY-1959**
LA GLORIA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO
13-JUL-1979 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00769234-F-0051595066-20151128 0047563246A 1 1463677885

18

¡Hola!

ERNESTO SERNA
KR 13 ESTE 88G SUR 72 - VILLA DIANA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP,
Medidor Gas No. 5077101-1084557

Lote: P09GN **Ruta:** 0011270160025405000 **Código del Sector:** 386

Cuenta o referencia de pago **61402461**

386
0011270160025405000
35606
P09GN
C1

vanti Listo

Compra

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 consultalo 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

vanti ✓ Más formas de avanzar

NIT 800.007.813-5 Vanti S.A. ESP

Factura de gas — Abril 2025

Cuenta o referencia de pago: 61402461

BOGOTÁ

CUENTA EN MORA

Fechas importantes

1. Pago oportuno: PAGO INMEDIATO
2. Fecha de suspensión: INMEDIATO
3. Periodo facturado: Mar. - Abr. 2025
4. Emisión de tu factura: 15 Abr. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	2M3	3.282,01	0,00	6.564,02
MENOS SUBSIDIO (54%)	1UN	-3.532,10	0,00	-3.532,10
AJUSTE DECENA	1UN	1,61	0,00	1,61
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	26,47	0,00	26,47

① Total $3.060,00

Tus financiaciones

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

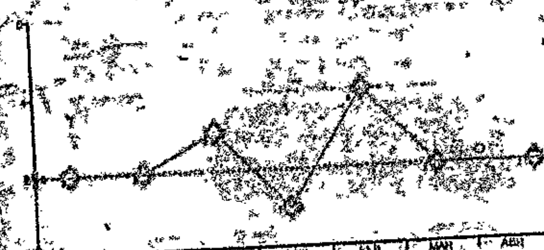
② Total $0,00

③ Valor facturas vencidas $3.020,00

Total a pagar ①+②+③ **$6.080,0**

Paga por PSE. Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
12 Mar. 2025	2832	REAL
11 Abr. 2025	2834	REAL

m³ corregido = 2834 - 2832 * Factor de corrección = 2

Tu próxima lectura será: Entre 09 y el 14 de Mayo

Novedades de tu factura

CUV# 2942.00

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)61402461(3900)00000000006080

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: **30 Jun. 2029**

Agenda 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
K: 55.71 Cvm: 0.0 Cvmr: 0.0 Cuvm: 0.0
Crm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Un m³ de gas equivale a 24 kWh y el precio unitario del kWh es $126.33

Factor de corrección

Vm: 2 Kp: 0.76727 Kt: 1.00484 Ft: 0.77039
Vp: 2 Tm: 14.17 Tt: 15.56 Pt: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 Z: pvi 1.0

Factor de corrección: 0.77030

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES 0.0 IO: 100.0 IPLI: 100.0



18

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clinica: 204 | MICROCHIP: SI Núm 900255002405093 | FECHA: 14 dd/5 m/25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Muñeco Vargas Cardenas | COLOR: Gris - blanco

ESPECIE: CANINO___FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 7 años | PESO: 2-8 K | POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACION: 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: Luz Yadira Vargas Cardenas | DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: Cr 13 A Este # 88 F Sur 56 | TELEFONO: 3219393741

CEDULA: 52.367.845. | CORREO ELECTRÓNICO: 3219393741 @ sincorreo

BARRIO O VEREDA: Juan Jose Rondon | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N-A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa N-A

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 149 l/m | F. RESPIRATORIA: 27 r/m | TEMPERATURA: 38.8 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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 Yadira Vargas	52'367845 B.

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____Identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.367.845
VARGAS CARDENAS
APELLIDOS
LUZ YADIRA
NOMBRES

Luz Yadira Vargas
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-MAY-1976
CHITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

03-FEB-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00133396-F-0052367845-20081204 0007489827A 1 1350038291

18

166

enel Bogotá

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

6833978-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3515345980

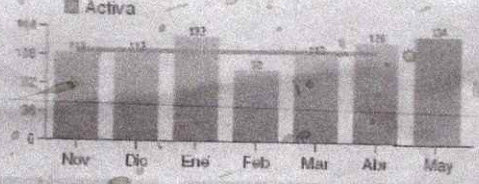
FRENTE

MIGUEL CAMERO BOTIA MIGUEL CAMERO BOTIA MIGUEL CAM
KR 13 A ESTE NO 88 F SUR 56
BOGOTA, D.C. - JUAN JOSA. RONDON

04 012 6060 / 117-17151084

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $958,43

CONSUMO DIARIO: 4,47 kWh

VALOR DIARIO: $1.751

PERIODO FACTURADO: 01 ABR 2025 A 30 ABR 2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 134 kWh



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

Esta línea financiera es ofrecida por The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Autorizado cupo y publicando crédito de la entidad. Conozca más en www.creditofacilcoopensa.com

Este mes invirtió menos a la LECTURA DE TU MEDIDOR y/o CONSUMO. La energía se encuentra ¡Gracias por su hábitat!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100304012
RUTA LECTURA:	100304012
MANZANA DE LECTURA:	MS0013381
MEDIDOR NO:	117-17151
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

Línea gratuita nacional 018000 115 115

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Defensor del Cliente: www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billeteras Virtuales: Daviplata, Nequi, Dale, MOVII, Tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecti, El Reval, MOVIRED

Red Digital: 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. SM-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P	Avenida Boyacá # 6 B - 20
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-38/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

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

G: $136,40 T: $56,28 D: $203,28 CV: $72,75 PR: $97,99 R: $323,76 CP: $0,00 / $958,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: MH1-2PANTEI- - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA: 8514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mt. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 29 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999

Sobre el concepto 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 máxima para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, bien 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 al 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, derechos 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, bien 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. Descuentos de Colaborativa de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el solo efecto de hacerla como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención dispuestos por cada Empresa.

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

CUDE: 92c45c5e96bcc8a23d1a5f4d8ac302dd05ed8ab8dec716b4c7334f4e8e46137ab656ee7341fc1bf6818f291110ed6

FECHA GENERACIÓN: 08/05/2025 02:52:44
FECHA EXPEDICIÓN: 08/05/2025 16:58:10

Factura impresa por Computadores de Colombia SAS NIT 800.088.917-2 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Norte de SW, Cali-Palmira - 890.321.161-0

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clinica: 205

MICROCHIP: 900255002404962

FEC HA: 14-05-25 dd / mm / aaaa

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Negro

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X RAZA Mestizo EDAD 15 MES PESO: 5 Kg POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X TIPO DE ALIMENTACION: 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: Angela Paola Zamudio Maldonado

DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: Cl 116A SUR 7A Este 28

TELEFONO: 3219728574

CEDULA: 53 005 075

CORREO ELECTRÓNICO: zamudiomaldonadoangelapaola7@gmail.com

BARRIO O VEREDA: El Tuno

ESTRATO: 1

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: __CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 08/25/2024

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 141 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	0.5 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 histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Angela Paola Z.M.	53005075

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____Identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA: dd/mm/aaaa	HORA:

OBSERVACIONES:

173



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
53.005.075
ZAMUDIO MALDONADO
APELLIDOS

ANGELA PAOLA
NOMBRES

Angela Paola Z. M.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-ABR-1983
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

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

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00629513-F-0053005075-20141003 0040368304A 1 1303048286

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

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



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

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

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

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Actividad válida del 17 de marzo al 30 de junio de 2025 para usuarios del servicio de gas natural residencial. Publicidad a cargo de las empresas de servicios públicos que conforman el Grupo Vanti. Recuerda que puedes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC. Consulta los 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 las facturas de una o varias cuentas contrato en tan solo tres pasos.

Escanea para Pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco Caja Social · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Nequi · Daviplata · dale!

¡Permite adicionalmente inscripción a débito automático!

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

CAPA AL SOLICITUDES DE COMPENSACIÓN S.A.S. NIT: 800.096.812-8 7704425007204

Presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994. Y puede hacer uso ante de la factura señalado para el pago oportuno

¡Hola!

SANDRA VIVIANA LOZANO SALAZAR
CL 116A SUR 7A ESTE 28 00001 - EL TUNO
BOGOTA

vanti
Más formas de av
Vanti S.
Medidor Gas No. 5087104-178101

Lote: P05GN Ruta: 001162009002405000 Código del Sector: 290

Cuenta o referencia de pago 64278700

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



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 ilustra la marca que identifica el servicio de financiación no bancario prestado por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación consultala en: grupovanti.com/vantilista

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa.
Línea de WhatsApp 315 416 4164
Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

C1

8

Factura de gas

Abril 2025

Cliente o referencia de pago: 64278700

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: 24 Abr. 2025
2. Fecha de suspensión: 25 Abr. 2025
3. Periodo facturado: Mar. - Abr. 2025
4. Emisión de tu factura: 10 Abr. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	13M3	3.282,01	0,00	42.666,13
MENOS SUBSIDIO (54%)	1UN	-22.958,64	0,00	-22.958,64
AJUSTE DECENA	1UN	2,51	0,00	2,51

① Total: $19.710,00

Tus financiaciones

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

② Total: $0,00

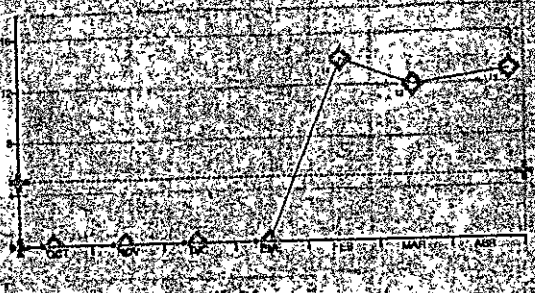
③ Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar ① + ② + ③: $19.710,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Uno | Días de consumo 33

Fecha	Lectura	Tipo
07 Mar. 2025	3057	REAL
08 Abr. 2025	3074	REAL

m³ corregido= 3074 - 3057 * Factor de corrección = 13

Tu próxima lectura será

Entre 04 y el 09 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 Oct. 2025

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

Feb. $3371 - Mar. $2828

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

Componentes tarifarios

Gm: 1692.63 | Tm: 573.01 | Dm: 621.53 | Cm: 0.0
Pr: 55.71 | Cvm: 0.0 | Cvpm: 0.0 | Cvnm: 0.0
Com: 0.0 | Fpcm: 42.475 | DAUR: 0.0 | DAUNR: 0.0

Mm: Tu consumo en m³ de gas estuvo en 153 kWh y el precio unitario del kWh es: $128.807

Factor de corrección

Vm: 17 | Kp: 0.76766 | Kt: 1.00491 | Pc: 0.77143
Vc: 13 | Tm: 14.15 | Tc: 15.56 | Fpv: 1.01009
Pp: 0.752 | Pm: 0.0234 | Fpc: 1.0

Factor de corrección: 0.77143

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 | DES: 0.0 | IO: 100.0 | IPT: 100.0



(415)7709998026025(8020)64278700(3900)00000000019710

Somos grandes contribuyentes Resolución 002208 Diciembre 27/2024 Pasivo de IVA Autorretenedores. Resolución No 4999 por la cual se establece el mecanismo de facturación electrónica desde Nº 30000001 hasta 100000000 con Vigencia de 24 meses 31/05/2025 Facturación electrónica desde Nº 30000001 hasta 100000000 con Vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 2-1101010004. VANTI S.A. ESP. NIT: 800.007.813-5 | Revisor Fiscal Deloitte Y Touche S.A. SF Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994.

Canal Tecnología y Servicios S.A.S. BIC NIT 830.122.113-0

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA
HC - Número de Historia clinica: 206
MICROCHIP: 900255002404964
FECHA: 14-05-25 dd/mm/aaaa
ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tigre
COLOR: Paido
ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X
RAZA: Mestizo
EDAD: 4 MES
PESO: 5kg
POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X
TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO
ORIGEN: NS/NR__RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO___REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angela Paola Zamudio Maldonado
DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: Cl 116 A SUR 7A Este 28
TELEFONO: 3249728574
CEDULA: 53 005 075
CORREO ELECTRÓNICO: zamudiomaldonadoangelapaola7@gmail.com
BARRIO O VEREDA: El Tuno
ESTRATO: 1
LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller
TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
141 l/m	27 r/m	38.2 °c	2 seg	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 histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

Así mismo manifiesto que he recibido de fórma 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución y acciones que sean necesarías para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Angela Paola Z.M.	53 005 075

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____Identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:

172



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
53.005.075
ZAMUDIO MALDONADO
APELLIDOS

ANGELA PAOLA
NOMBRES

Angela Paola Z.M.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-ABR-1983
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

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

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00629513-F-0053005075-20141003 0040358304A 1 1303048268

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

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



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

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

Agenda ya en grupovanti.com y paga después

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Actividad válida del 17 de marzo al 30 de junio de 2025 para usuarios del servicio de gas natural residencial, facturado a cargo de las empresas de servicios públicos que conforman a Grupo Vanti. Recuerda que puedes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección autorizado por la CREG. Consúltalos en www.sigo.co

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Davivienda · Banco de Occidente · Banco Popular · Banco Caja Social · Banco Falabella · Banco Pichincha · Nequi · Dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica sola 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.

Para el cliente bancario con los mecanismos de ofertas en la ley 1328 de 2009 y puede haber lugar que de la fecha indicada para el pago oportuno se genere el cobro de intereses moratorios a la tasa máxima legal vigente.

¡Hola!

SANDRA VIVIANA LOZANO SALAZAR
CL 116A SUR 7A ESTE 28 00001 - EL TUNO
BOGOTA

vanti
Más formas de av
Vanti S

Medidor Gas No: 5087104-178101

Lote: P05GN Ruta: 0011620090002405000 Código del Sector: 290

Cuenta o referencia de pago 64278700

Vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



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 establecidas en la política de financiación consultada en: grupovanti.com/vantilisto.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7 a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.
Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa
Línea de WhatsApp 315 416 4164
Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

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

C1

Factura de gas

Abril 2025

Cuenta o referencia de pago: 64278700

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: 24 Abr. 2025
2. Fecha de suspensión: 25 Abr. 2025
3. Período facturado: Mar. - Abr. 2025
4. Emisión de tu factura: 10 Abr. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	13M3	3.282,01	0,00	42.666,13
MENOS SUBSIDIO (54%)	1UN	-22.958,64	0,00	-22.958,64
AJUSTE DECENA	1UN	2,51	0,00	2,51

(1) Total $19.710,00

Tus financiaciones

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

(2) Total $0,00

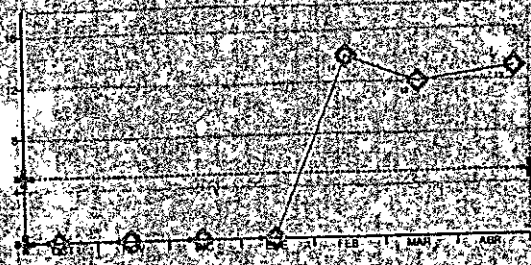
(3) Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar (1)+(2)+(3) $19.710,00

Paga por: PSE

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat. Uno — Días de consumo 33

Fecha	Lectura	Tipo
07 Mar. 2025	3057	REAL
08 Abr. 2025	3074	REAL

m³ corregidos 3074 - 3057 Factor de corrección = 13

Tu próxima lectura será: Entre 04 y el 09 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 Oct. 2025**

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

Feb $3371 Mar $2826

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

Componentes tarifarios

Gm: 1692.63 Tm: 573.01 Dm: 621.53 Cm: 0.0
Pr: 55.71 Cvm: 0.0 Cdm: 0.0 Cdm: 0.0
Com: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUNR: 0.0 DAUNR: 0.0

Vpm: Tu consumo en m³ de gas equivale a 153 kWh y el precio unitario del kWh es: $128.802

Factor de corrección

Vm: 17 Kp: 0.76760 Kt: 1.00491 Fc: 0.77143
Vc: 13 Tm: 14.15 Tc: 15.56 Pe: 1.01000
Pz: 0.752 Pm: 0.0234 F pcc: 1.0
Factor de corrección: 0.77143

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPT: 100.0





7709998026025(8020)64278700(3900)00000000019710

Emitida validada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NURT: 1100100-4, VANTI S.A. ESP. NIT: 800.007.813-5 - Número Rad Dirección Y Fecha S.A.E.: Esta factura presta mérito ejecutivo. Art. 130 de la ley 142 de 1994
Convenio Tecnología y Servicios S.A.S. BIC
NIT: 900.317.133-0

Señor usuario: Para evitar la suspensión del servicio, cancele oportunamente su factura. Si tiene dificultades para pagar, acuerde un plazo con nosotros. Si no está de acuerdo con el valor facturado, puede presentar una reclamación dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de expedición de la factura. Si no lo hace, la factura prestará mérito ejecutivo. Si presenta reclamación, no suspenderemos el servicio mientras se resuelve, siempre que pague el promedio de sus tres últimas facturas. Si no paga, podemos suspender el servicio después de 5 días hábiles de la fecha de pago oportuno. Para reconexión, pague la factura y el valor de la reconexión. Si no se reconecta en 24 meses, 31/03/2025. Facturación electrónica desde 01/07/2020. Tarifa 1% de Aportes y Contribuciones. Resolución No. 4868 del 17 Jul 1998. Autorización de Numeración de Facturación No. 18764031357167 de 31/03/2025. Prefijo: 1100100. Rango: 1 al 1000000. Vigencia de 24 meses.

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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

HC Número de Historia clínica: 207	MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002404518		FECHA: 14-05-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Simba Reyes				COLOR: blanco-Amarillo	
ESPECIE: CANINO___FELINO X	SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 7M	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: Carlos Alberto Reyes Vargas.		DIRECCION Cl 91 B Sur 13g este 46	TELEFONO 3192213065
CEDULA: 5.823.981		CORREO ELECTRÓNICO: 3192213065@SinCorreo.com	
BARRIO O VEREDA Juan Josa Rondon	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: Abril 2025	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aa 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: Mar 2025	

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 143 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38-8 °C	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosada	
OBSERVACIONES: —					

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. 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:	Nro de Identificación:
Carlos A. REYES VARGAS	5.823.981

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

18

210

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.823.981
REYES VARGAS
APELLIDOS
CARLOS ALBERTO
NOMBRES



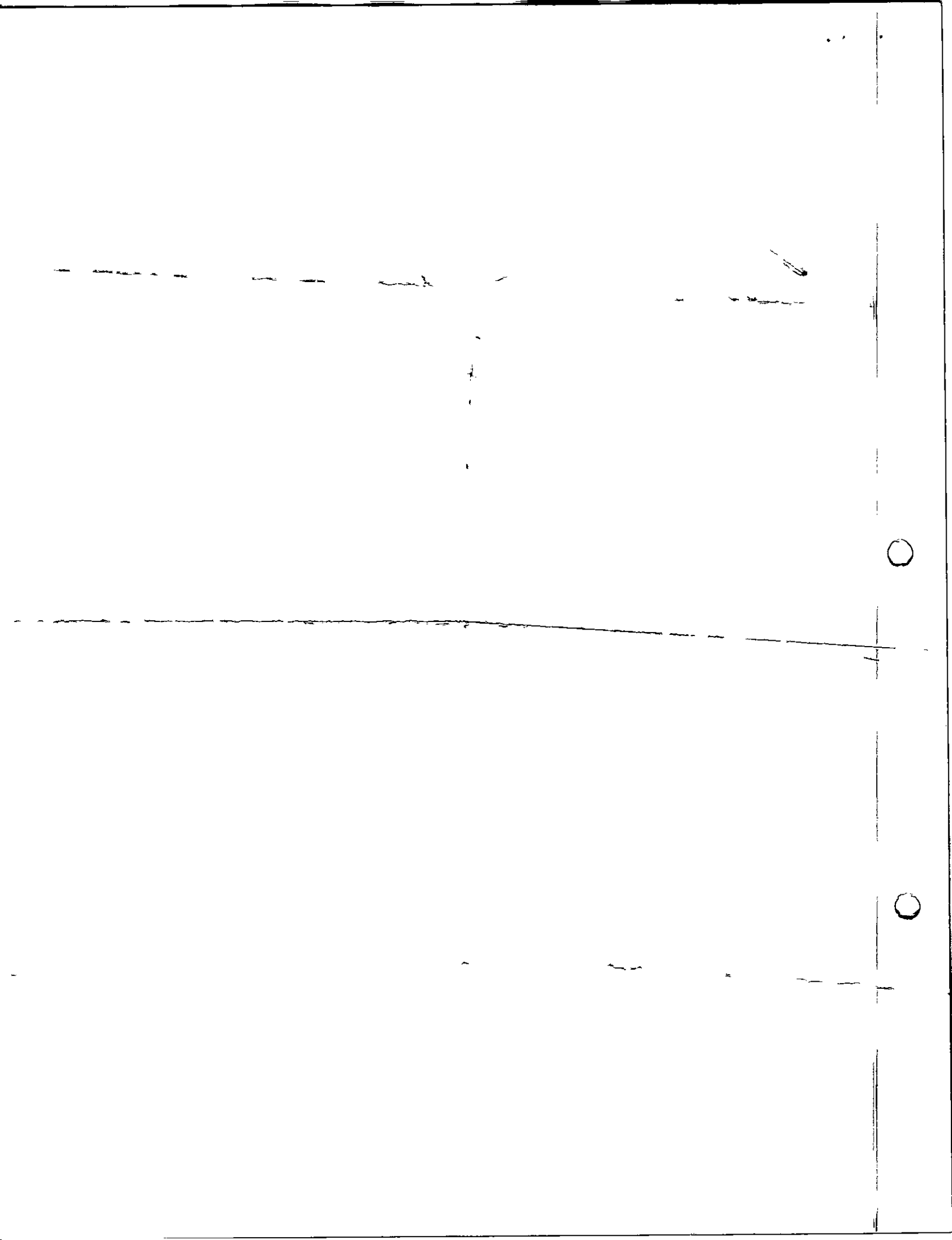
Carlos A Reyes Vargas
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-SEP-1980
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-DIC-1998 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-3100100-00190648-M-0005823981-20091026 0017470325A 1 2750038696



18

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 800.063.875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

7390422-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347840533-0

CLIENTE

BARBARA PATRICIA MORA AGUIRRE
CL 91 B SUR NO 13 G ESTE 46
BOGOTA, D.C. - JUAN JOSE RONDON

04 012 6597 / 121-20101049

COMPORTAMIENTO DE CONSUMO

Activa

Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
88	82	88	82	82	70	

VALOR kWh APLICADO: $843,71
CONSUMO DIARIO: 2,26 kWh
VALOR DIARIO: $843

PERIODO FACTURADO: 01 MAR 2025 A 31 MAR 2025
DÍAS FACTURADOS: 31
CONSUMO MES: 70 kWh

Cuéntanos tu lectura entre el 1 de marzo y el 25 de marzo

Ahora puedes reportar el valor de la LECTURA DE TU MEDIDOR y su CONSUMO de energía en el siguiente rango de facturación

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/radicar-solicitud

También puedes seguir comunicándote a través de Línea WhatsApp 3166908903 | Línea de atención 018000 112 115

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:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000004128597
RUTA LECTURA:	1004014057
MANZANA DE LECTURA:	MD2013582
MEDIDOR NO:	121-20101049
SUBCLASE:	Básica

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

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas) — FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes en www.enel.com.co/es/personas/tramites.html
Chat de atención en www.enel.com.co/es/personas/radicar-solicitud.html
318 600 6003 (Claro Bot o Línea Asesor)
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Gratuito las 24 horas
#ENELESMIOS
Defensoría 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 Recaudadores
Billeteras Virtuales: Nequi, Daviplata, cielo, Efecty
Corresponsales Bancarios: CONEXRED, efecty, Red Servi, Baloto
Red Distrital: RED CADE
Centros de Servicio: enel
Almacenes de Cadena: Éxito
Cajeros ATH

PUNTOS DE ATENCIÓN AMBIENTAL

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S.E.S.P. — Transversal No. 51A 25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá No. 3B - 35
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. B.S.P. — Calle 129 a 64 35 Kilómetro 020 Vía

Línea de servicio al cliente 115

Ingresa en un dispositivo brindado, sobre el disponible del disabrio. El sello del corresponsal no es un comprobante de pago de factura.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB 2025
G: $361,70 T: $49,85 D: $272,00 CV: $76,50 PR: $68,00 R: $12,00 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 1 GRUPO: URBANIZACIÓN - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 2614 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,84 por ml. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 30 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 038 de 2014.

Según el contenido de vencimiento factura al Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994 y podrá hacer uso de dicho antes de la fecha indicada para dicho vencimiento. Para información comunicarse al (601) 5 115 115, hasta de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Consulte en red www.enel.com.co. ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según Resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

Si no hacen de acuerdo puede hacer uso del recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa prueba a la suspensión del servicio.

En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, derechos y responsabilidades aplicables 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.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, derechos y responsabilidades aplicables 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 prueba el medio de cuidado para facturar a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Empresa de Comercio), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el cliente para el uso de la factura comercial de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que presten los terceros facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjase a los canales de atención definidos por esta Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 800.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUFE: c5e128e6cb2af116011 60bb5bdf1332309bcdfa7919fb22abf0dbbce6002ced5f1901129f51ff4eba895cfa9d2c1517e6b

FECHA GENERACIÓN: 04/04/2025 09:57:22
FECHA EXPEDICIÓN: 04/04/2025 13:20:14

Revisado Tecnológico Cancel Ketología y Servicios Electric Nombre del SW: CENFinanciero NIT 890 901 151-0

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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

HC Número de Historia clínica: 208	MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002404959	FECHA: 14-05-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Garfield Gonzalez				COLOR: ANaranjado	
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____COMPRADO____ADOPTADO X REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO					

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Lineth Yorely Gonzalez Mosquera	DIRECCION cl89 D sur 15 este 18	TELEFONO 3224698363
CEDULA: 1101 174 972	CORREO ELECTRÓNICO: Yorelyg2mosquera@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Tihuaque	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: X
NA	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

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: 147 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 38.8 °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	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 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: NATA	Nro de Identificación: 1101729972

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

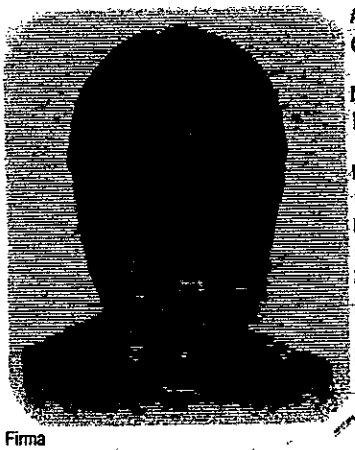
ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.101.174.972



Apellidos
GONZALEZ MOSQUERA

Nombres
LINETH YORELY

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.49	F

Fecha de nacimiento
03 OCT 2003

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
PUENTE NACIONAL (SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición
16 DIC 2021, PUENTE NACIONAL

Fecha de expiración
11-DIC 2033

Firma

NAVA.

.CO

1036405697



REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

I<COL1036405697<<<<<<<<<<<
0310033F3312119COL1101174972<7
GONZALEZ<MOSQUERA<<LINETH<YORE

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: **4196557-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351574479-9

CLIENTE

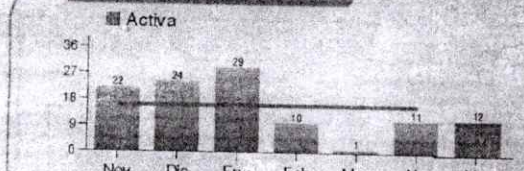
JORGE ELIECER OLIVEROS GOMEZ
CL 89 D SUR NO 15 ESTE 18 PI 1
BOGOTA, D.C. - TIHUAQUE

04 015 8634 / 075-17011

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $858,43

CONSUMO DIARIO: 0,40 kWh

VALOR DIARIO: $151

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 16 kWh

PERÍODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 12 kWh

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

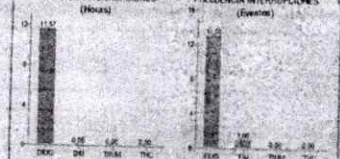
¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR.
$ ∞
®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia.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

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040158634
RUTA LECTURA:	10040150712
MANZANA DE LECTURA:	MS20130724
MEDIDOR NO:	075-17011
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: 20060781 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0.00 CEC: 0.00
PERIODO: 2025/03 D: 729.94 CF: 1.00000 MC: 0.00 MF: 1.00 %r: 6.38
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 016 de 2018 y las de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
315 880 6003 (Elena 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 5140056 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 · efecti · Red · MOVIRED · efecty

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel

Almacenes de Cadena
Surtimax · Alkosto

Código QR

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-95
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: $56,26 D: $293,26 CV: $78,75 PR: $67,96 R: $23,76 CF: $0,00 / $858,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: LM35-20565TR1 - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos Autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

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

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

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

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, 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. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 06/05/2025 07:57:29
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 17:37:19

CUDE: b9a86b172940fcd58b0c759724fbdfcddbd356ef9a72b2b6621e59cc4f6031716f9339407a442eb52cca18a9e1c193d5

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC Nombre del SW: DEVFinanciera - NIT 890.321.151-0
Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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

HC Número de Historia clínica: 269 | MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002404970 | FECHA: 14-05-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mufaza | COLOR: Blanco-negro

ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 11M | 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: Rosaura Rincon Fuentes | DIRECCION: CL 74C sur 14C este 15 | TELEFONO: 3219736640

CEDULA: 41.654.254 | CORREO ELECTRÓNICO: Hellenriverarincon@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Juan Rey Sur | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: TECNICO | NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aa... PENTAVALENTE: dd/mm/aaa
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/2024

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 143 l/m | F. RESPIRATORIA: 24 r/m | TEMPERATURA: 38.6 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

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: Rosaura Rincón	Nro de Identificación: 41654254

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:

182

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.654.254**
RINCON FUENTES
APELLIDOS
ROSAURA
NOMBRES

Rosaura Rincon F.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **27-DIC-1954**
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA **O-** G.S. RH **F** SEXO
17-ENE-1976 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00200255-F-0041654254-20091126 0018364886A 1 1230476661

18

9375

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P
NIT: 860063875-8
Calle 99 No. 13 – 45 Piso 1

1048944-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 351567258-8

ROSAURA RINCON
CL 74 C SUR NO 14 C ESTE 15
BOGOTA, D.C. - JUAN REY SUR

04 017 5176 / 018-19239484





VALOR kWh APLICADO: $650,42
CONSUMO DIARIO: 0,83 kWh
VALOR DIARIO: $915

PERIODO FACTURADO: 01 ABR 2025 A 30 ABR 2025
DÍAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES: 25 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,69
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1020004017517618
RUTA LECTURA:	1020401704S5
MANZANA DE LECTURA:	MS0013A723
MEDIDOR NO:	018-19239484
SUBCLASE:	Básica

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

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115

115

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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
ASEO LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 169 # 54 30 (1) Local 123 124

Línea de servicio al cliente 115

FECHA GENERACIÓN: 06/05/2025 02:31:16
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 15:55:17

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

IMPORTANTE: Es compromiso de la resolución CREG 015 de 2018, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, derechos y responsabilidades aplicables a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y Usuario al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. prestará el servicio de energía para facturar a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica. Entregará en Colsubsidio, de acuerdo con la información ingresada en esta por el cliente para el cobro de la factura. Como consecuencia, ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no es responsable por el servicio que prestan los mismos, 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 productor 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. Control vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

Factura impresa por Carvajal Tecnología y Servicios SAS NIT 830.059.442

Proyecto Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENPrincipio - NIT 830.381.181-0

25.991 - Página 1 de 6

17.18

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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

HC Número de Historia clínica: 210	MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002405190	FECHA: 14-05-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Leo Nova			COLOR: Beige - blanco	
ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 6M	PESO: 3.2 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___CONCENTRADO X MIXTO OTRO__	

ORIGEN: NS/NR__RESCATADO___COMPRADO___ADOPTADO___REGALADO X PERRO DE CUADRA___OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ingrid Tatiana Novoa Rodriguez	DIRECCION CL 81C Sur 13A este 72	TELEFONO 3017741606
CEDULA: 1012916783	CORREO ELECTRÓNICO: tatianovoa1808@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Dora liliana	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
NA	NR	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aa PENTAVALENTE: dd/mm/aaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaa 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 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.3 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. 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:	Nro de Identificación: 1012.916.783

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:

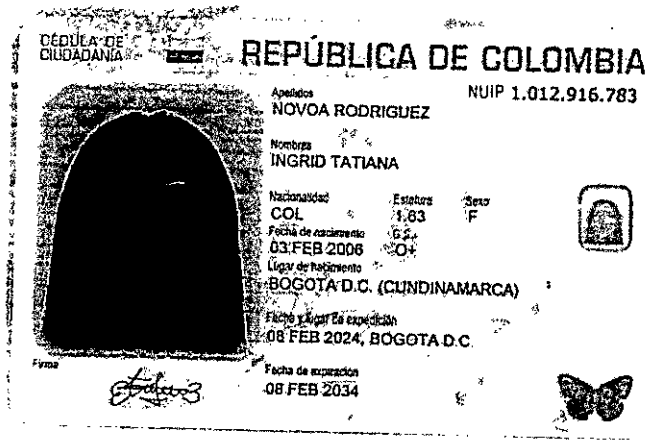
AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

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 1.012.916.783

Apellidos
NOVOA RODRIGUEZ

Nombres
INGRID TATIANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.63

Sexo
F

Fecha de nacimiento
03 FEB 2006

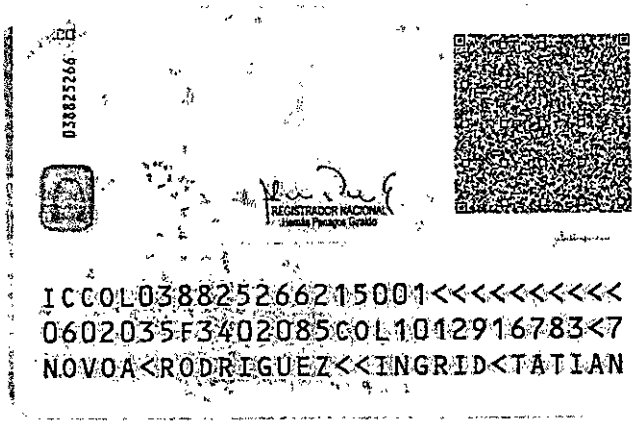
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
08 FEB 2024, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
08 FEB 2034



ID
038825266

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL038825266215001<<<<<<<<<<
0602035F3402085COL1012916783<7
NOVOA<RODRIGUEZ<<INGRID<TATIAN

18

193

3.2

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860 063 875-6
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

4723812-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 947833568-5

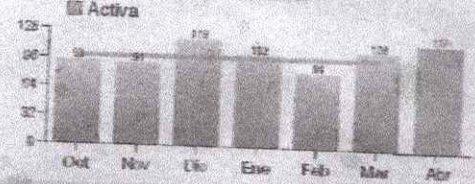
ESTHER CARO
CL 81 C SUR NO 13 A ESTE 22 PI 1
BOGOTA, D.C. - DOA A LILIANA

04 011 4548 / 075-223520

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

Nuevo canal / Formulario online:

Activa



VALOR kWh APLICADO $843,71

CONSUMO DIARIO: 3,77 kWh

VALOR DIARIO: $1.410

PERÍODO FACTURADO: 01 MAR 2025 A 31 MAR 2025

DIAS FACTURADOS: 31

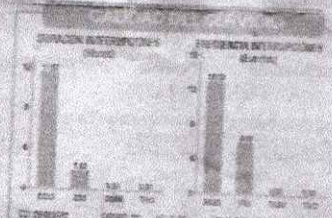
CONSUMO MES 117 kWh

LA LECTURA DE TU MEDIDOR y el CONSUMO

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	11,44
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1099334811145349
RUTA LECTURA:	1099491109533
SECUENCIA DE LECTURA:	MS0011345824
MEDIDOR No:	075-223520
SUBCLASE:	Básica

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



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Opción No 24 Horas

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

dclienteenel@enel.com

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Baloto

Centros de Servicio

Red CADE

Oficina 24h

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 Bogotá # 6 S - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54 38 40 Local 125-134

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB 2025

FECHA GENERACIÓN: 04/04/2025 09:52:39
FECHA EXPEDICIÓN: 04/04/2025 15:09:21

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios NIT 800 ... Nombre del SW: OSE Enlasso - NIT 900 401 161-9

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clinica: 211 | MICROCHIP: SI Número: 900255002404883 | FECHA: 14/5/25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tom Sanchez Chiriví | COLOR: Gris-blanco

ESPECIE: CANINO___FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año | PESO: 4.0 k | POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X | TIPO DE ALIMENTACION: 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: Blanca Imelda Sanchez Chiriví | DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: Cr 15 este # 81 sur 62 | TELEFONO: 3128997995

CEDULA: 51976508 | CORREO ELECTRÓNICO: 3128997995 @ sin correo

BARRIO O VEREDA: San Pedro Sur | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N-A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: enero -10-25

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa | HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 149 l/m | F. RESPIRATORIA: 22 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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

Asi 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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: Blanca Sanchez	Nro de Identificación: 51976508

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
51976508
NUMERO
SANCHEZ CHIRIVI
APELLIDOS
BLANCA IMELDA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 28-MAY-1968
FIRAVITOBA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
07-OCT-1988 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO
A-1500100-42089162-F-0051976508-20010806
02831 01215A 02 099350160

18

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: **2561670-3**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347830422-0

CLIENTE

BLANCA IMELDA SANCHEZ CHIRIVI
KR 15 ESTE NO 81 SUR 62
BOGOTA, D.C. - SAN PEDRO SUR

04 016 4047 / 074-1009512

¿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.

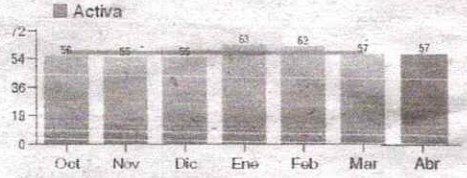
Nuevo canal / Formulario online:
www.enel.com.co/es/personas/radicaciones

También puedes seguir comunicándote a través de Elena WhatsApp 3188936003, línea de servicio 6015 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

Activa



VALOR kWh APLICADO: $843,71

CONSUMO DIARIO: 1,84 kWh

VALOR DIARIO: $687

PERÍODO FACTURADO: 01 MAR/2025 A 31 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES: 57 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 58 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

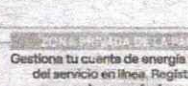
CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040164047
RUTA LECTURA:	10040160070
MANZANA DE LECTURA:	MS00133726
MEDIDOR NO:	074-1009512
SUBCLASE:	Básica

ZONA PRIVADA DE LA PÁGINA WEB

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

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)



FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)



CD: 20360791 GRUPO: 11 HC: 0.00 IC: 0.00 CEC: 0.00
PERIODO: 2025/02 Dt: 226.84 Cf: 60.0000 MU: 0.00 Mf: 1.00 %t: 0.00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

CONTÁCTANOS

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

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

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

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecti, Reval, MOVIRED, Baloto, Su Red

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Aliados de Cadena: Jumbo, Olímpica

Código QR

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

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

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. ...enida Boyacá # d B - 20

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

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: **Vigencia: FEB/2025**
G: $361,70 T: $49,85 D: $272,95 CV: $75,38 PR: $69,39 R: $12,90 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UM35-20904TR1 - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos dentro 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 del 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.

Es 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, deberes 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 Contenza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjanse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 04/04/2025 00:47:12
FECHA EXPEDICIÓN: 04/04/2025 15:08:22

Prohibida la reventa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S. | NIT 830.048.812

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

1 1 18

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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

HC Número de Historia clínica: 212	MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002404884	FECHA: 19-05-25

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 8M	PESO: 4.8 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 X ADOPTADO___REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Brenda Tatiana Hoyos Mora		DIRECCION CL 81C Sur 13A este 22	TELEFONO 3017499901
CEDULA: 1024534197		CORREO ELECTRÓNICO: tm991005822@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Doña liliana	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: X
NA	NR	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 146 l/m	F. RESPIRATORIA: 23 r/m	TEMPERATURA: 38.6 °C	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-3mg/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	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:	Nro de identificación:
[illegible]	1021534194

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

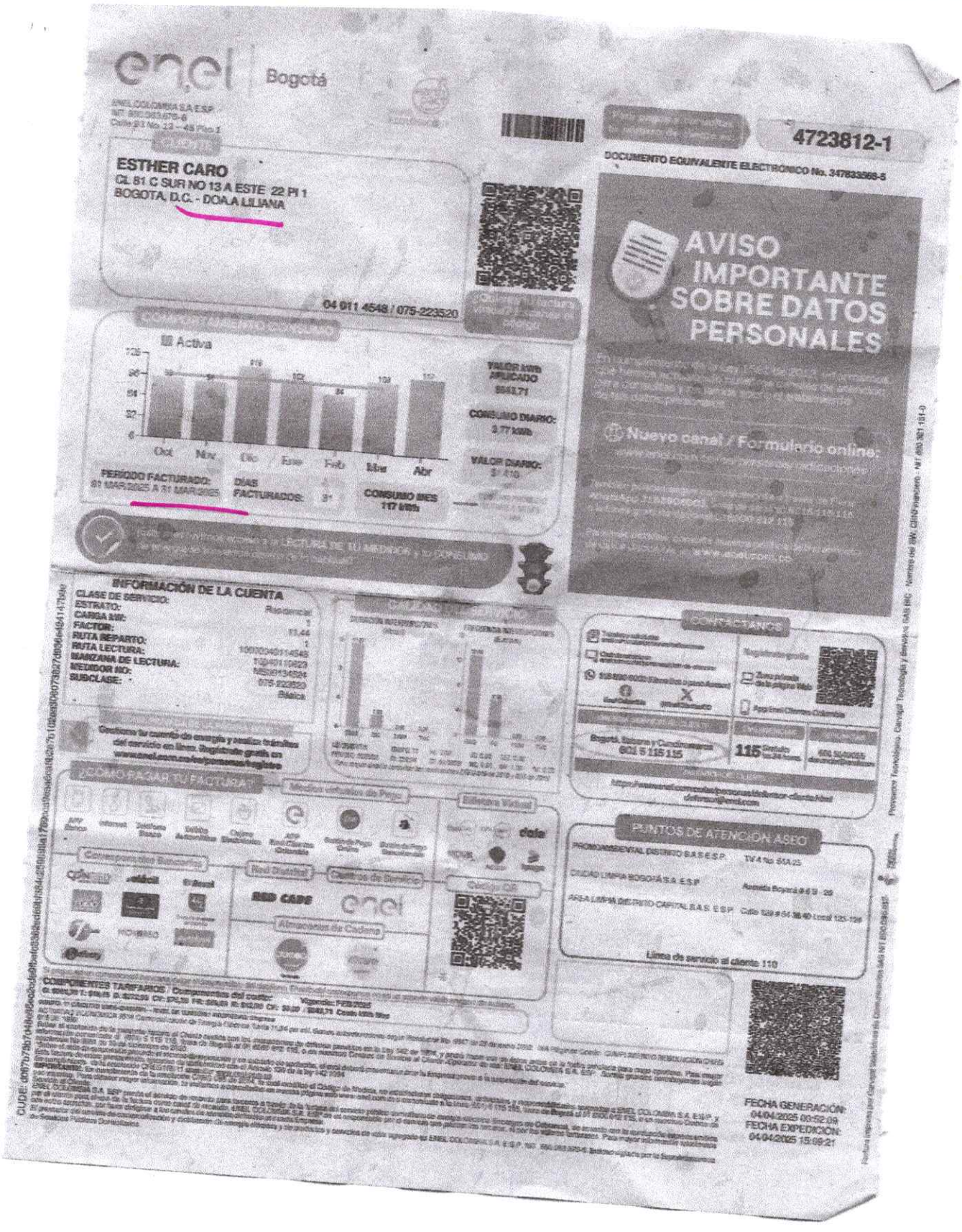


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.534.197
MOGOLLON MUÑOZ
APELLIDOS
BRENDA TATIANA
NOMBRES
Brenda mogollon
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1992
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.40 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
04-NOV-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-1500150-00274340-F-1024534197-20101228 0025353553A 1 35716451



enel Bogotá

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

ESTHER CARO
CL 81 C SUR NO 13 A ESTE 22 PI 1
BOGOTA, D.C. - DOA A LILIANA

04 011 4548 / 075-223520

4723812-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 347833568-5

Activa

Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
96	96	115	102	84	109	117

PERIODO FACTURADO: 01 MAR 2025 A 31 MAR 2025
DIAS FACTURADOS: 31
CONSUMO MES: 117 kWh
VALOR KWH APLICADO: $643,71
CONSUMO DIARIO: 3,77 kWh
VALOR DIARIO: $ 2.410

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

Nuevo canal / Formulario online:

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	
ESTRATO:	Residencial
CARGA ASR:	1
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	11,44
RUTA LECTURA:	1
MANZANA DE LECTURA:	100103459114548
MEDIDOR NO:	1|3|4|011|9923
SUBCLASE:	NB|3|4|011|9924
	075-223520
	Básica

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

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 5 115 115

115 Gratuito desde 24 horas

601 5140025

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

Canales CB

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 - 28

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54 38 40 Local 125-126

Línea de servicio al cliente 110

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

FECHA GENERACIÓN: 04/04/2025 00:52:09
FECHA EXPEDICIÓN: 04/04/2025 15:09:21

CUDE: d0f7b75b7048d6a6c5cdb9bebd0d3d8ded68bf384d2f9b9ba178a1c69aa6a18c2e7b10ddd90d073b27d6f04a49417d4e

Prosumer Tecnología, Carrera Tecnología y Empresa SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 900.361.181-0

18

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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

HC Número de Historia clínica: 213 | MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002402630 | FECHA: 14-05-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Teo | COLOR: Gris

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 6M | 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: Jimmy Alejandro Rojas Palacios | DIRECCION: Kr 13B este 89 sur 01 | TELEFONO: 3123228548

CEDULA: 80.238.617 | CORREO ELECTRÓNICO: Jimmyalejandro rojaspalacios@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Las Jose London | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa NR | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 143 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	XILACINA	0.4 ml.	1.1mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. 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:	Nro de Identificación: 80238.617

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:

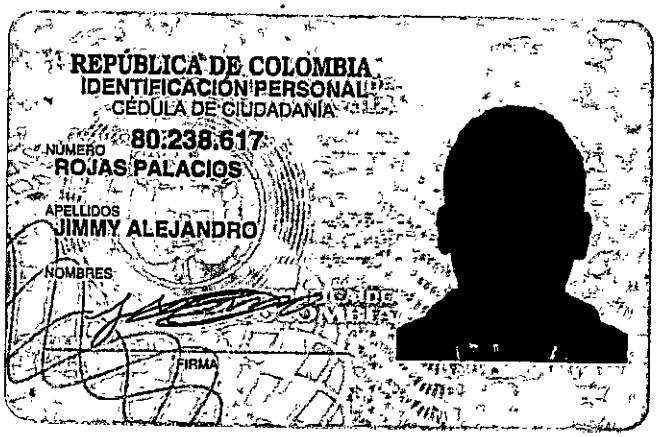
AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

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 80.238.617
ROJAS PALACIOS
APELLIDOS
JIMMY ALEJANDRO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 10-ENE-1981
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
AB+
G.S. RH
M
SEXO
24-JUN-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO
A-1500150-01266494-M-0080238617-20211117 0076458884A 1 8502945505

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **6273393-8**

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351581049-0

CLIENTE

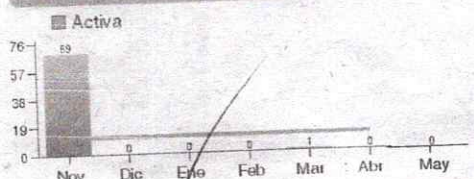
JOSE RAUL BEDOYA
KR 13 B ESTE NO 89 SUR 01
BOGOTA, D.C. - JUAN JOSA. RONDON

04 012 6013 / 075-299760

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO	$856,43
CONSUMO DIARIO:	0,00 kWh
VALOR DIARIO:	$0
CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES	12 kWh

PERIODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025	DIAS FACTURADOS: 30	CONSUMO MES 0 kWh	

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

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040126013
RUTA LECTURA:	10040130218
MANZANA DE LECTURA:	MS00133617
MEDIDOR NO:	075-299760
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 05480TR1 GRUPO: 11 IIC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/03 Dt: 229,94 Cf: 1,00000 IIC: 0,00 IIF: 1,00 %t: 0,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 016 de 2018 y 035 de 2019

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/tu-factura.html
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 690 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banco; Internet; Teléfono Banco; Débito Automático; Cobro Electrónico; APP Enel Colombia; Botón de Pago Online; Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: daviplata; dale!; MOVII; Nequi; tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED; Relácil; Su Red; Todo1; Su Red; MOVIRED; Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: JUMBO; Metro

Código QR

Si pagaré en un corresponsal bancario, exijo 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 # 54-38/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: MAR/2025
G: $338,43 T: $56,28 D: $293,28 CV: $78,75 PR: $57,96 R: $23,76 CF: $0,00 / $858,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UM14-25480TR1 - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

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

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

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

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 035 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: 06/05/2025 08:09:42
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 17:26:10

CUDE: b9dc1653340b0ef0d539a1564bd8389d68f2a83a1a5ce11b2e5b9d25a4b37975f8d013c0033903f4435df7218d5c4

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0
Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.056.812-

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 214

MICROCHIP: 900255002404888

FECHA: 14-05-25 (dd/mm/aaaa)

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Thomas

COLOR: Paido

ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X

RAZA Mestizo EDAD 1 AÑO

PESO: 3,8kg

POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO___X

TIPO DE ALIMENTACION: 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: Ana María Mesa Varon

DIRECCION: U UBICACION COORDENADAS: Kr 21 Este 92 801 SG

TELEFONO: 3115728301

CEDULA: 52415117

CORREO ELECTRÓNICO: veronicatatromedas@gmail.com

BARRIO O VEREDA Las Violetas

ESTRATO: 1

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: NS/NR: X

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

Poca estado de salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: __CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa Abril/25

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m

F. RESPIRATORIA: 26 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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Ana Maria Mesa	52445117

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 52.445.117
MESA VARON
APELLIDOS
ANA MARIA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 30-MAY-1976
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54
O+
F
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
08-SEP-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
A-1500150-00848779-F-0052445117-20160914
0051137774A 1
7874039082

18

8031

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: **1728675-6**

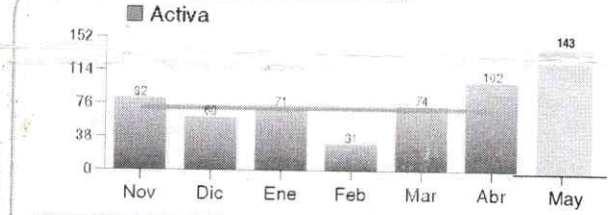
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 351535549-9

CLIENTE

RUTH MAYERLY AREVALO CARDENAS
KR 21 ESTE NO 92 SUR 56
BOGOTA, D.C. - LAS VIOLETAS

04 014 8052 / 074-904575

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $358,43

CONSUMO DIARIO: 4,77 kWh

VALOR DIARIO: $2.009

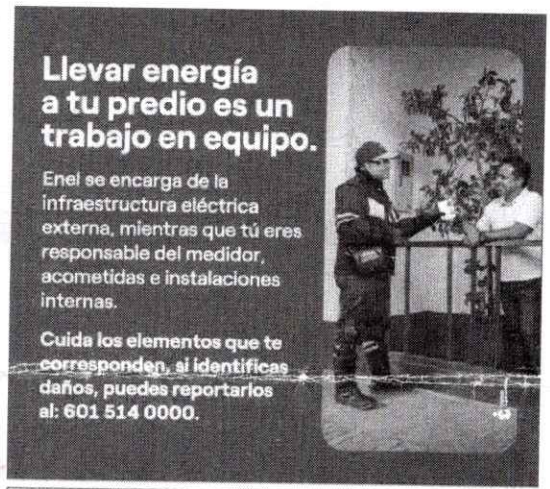
PERIÓDO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025

DIÁS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 143 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 70 kWh

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



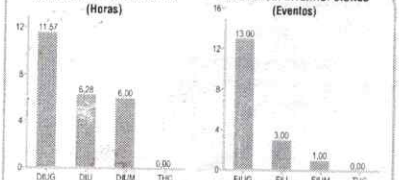
¡Llegó a tu casa tu préstamo de hasta $12.000.000!
Encuentra nuestros puntos
Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR:

®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:	6,67
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040148052
RUTA LECTURA:	10040140124
MANZANA DE LECTURA:	MS20211804
MEDIDOR NO:	074-904575
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 25499TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,62
PERIODO: 2025/03 DI: 229,94 CF: 74,08000 MC: 0,00 MF: 1,00 %t: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

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

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Reval, Todo1, Bancolombia, Su Red, Su Red, MOVIRED, puntored, efecty

Red Dietrital: 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: UM35-25499TR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.
"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 06/05/2025 02:35:52
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 17:35:14

CUDE: e72706c548fe13a25ca2813882dd1c1564c55455dc83c3ce01bbbb6ab64cbf366fdac6d2458afb41d1dce7a175b960ec

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.: 51-0

6.800 - Página 1 de 2

8031

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	+	3 Total Aseo	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$60.270		$0		$11,160		$71.430	15 MAY /2025	19 MAY/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 1728675-6 | PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 30 MAY /2025

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	− Lectura Anterior	= Diferencia de lecturas	× Factor	= Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	× Valor Unitario	= Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	46.881	46.738	143	1	143	143	$856,43	$122.756
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$293,26	$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X		Valor kWh $858,4302	X	Beneficio -56,00 %			-$62.489
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2,009 DIARIOS							SUBTOTAL:	$60.267

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$3
SUBTOTAL:	$3

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA: $60.270

Otros cobros de productos y servicios

enelx

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

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

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.863

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 realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -56,00 %

ASEO

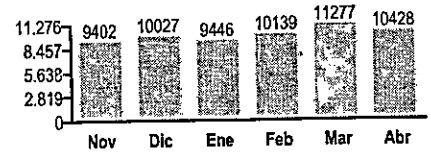
Promoambiental Distrito S.A.S. ESP

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

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

		DÍAS LIQUIDADOS
CUENTA CONTRATO	70148556	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	351535549-9	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	01.04.2025 a 30.04.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$34.979
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-24.485
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBI	$4
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$662

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0,0000 | ESTRATO: 1
DENSIDAD: | FREC. RECOLECCIÓN: 3
% PARTICIPACIÓN: 0% | FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$19.071,25	$7.521,96	$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: $11.160

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

MENSAJES DE INTERÉS

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

NÚMERO DE CLIENTE
1728675-6

Documento Equivalente Electrónico No.
351535549-9

(415)7707209914253(8020)011728675635153554 99(3900)00000000071430

PAGO OPORTUNO
15 MAY /2025

TOTAL A PAGAR
$71.430

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 215 | MICROCHIP: SI / Núm: 900255002404881 (Expiry – Date: 2030/02/07) | FECHA: 14/5/25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Silvestre Amaya | COLOR: Negro - blanco

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 8m | PESO: 3-0 k | POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X | TIPO DE ALIMENTACION: 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: Ana Lucia Amaya | DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: Cll 89 Sur # 13 Este 43 | TELEFONO: 3153504913

CEDULA: 41.651.267 | CORREO ELECTRÓNICO: 3153504913 @ sincorreo

BARRIO O VEREDA: Villa Diana | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N.A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: enero-10-25

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
144 l/m	22 r/m	38.6 °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	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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 Luisa Amaya	Nro de Identificación: 41651267

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA: dd/mm/aaaa	HORA:

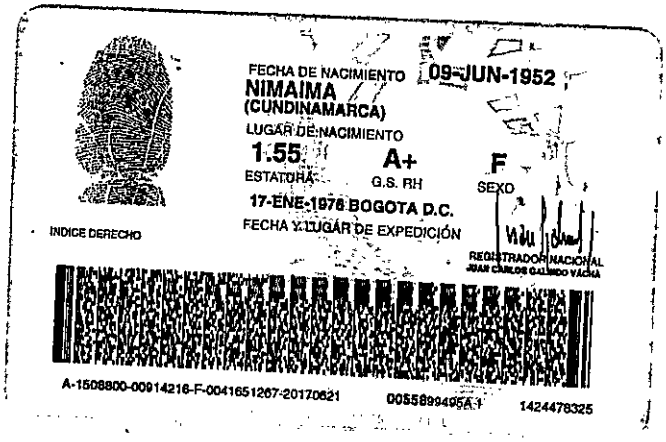
OBSERVACIONES:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 41.651.267
AMAYA
APELLIDOS
ANA LUCIA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-JUN-1952
NIMAIMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
17-ENE-1978 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1508800-00914216-F-0041651267-20170621 0055899495A 1 1424478325

enel Bogotá

earth pact PACTO ECOLÓGICO

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 83 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1018232-3**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 351559075-0

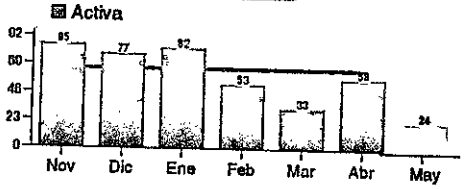
CLIENTE

JOSE HERRERA
CL 89 SUR NO 13 F ESTE 43
BOGOTA, D.C. - VILLA DIANA

04 012 6220 / 074-847410



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $858,43
CONSUMO DIARIO: 0,80 kWh
VALOR DIARIO: $302

PERÍODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025
DÍAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES: 24 kWh
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 65 kWh

Escríbenos nuestro asesor a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO [illegible] y valida en Encuentra los predios cercanos y tipo de consumo [illegible]

¡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, vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a políticas de crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com.

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	0,90
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040128220
RUTA LECTURA:	10040130425
MANZANA DE LECTURA:	MS00133510
MEDIDOR NO:	074-847410
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



Para mayor detalle consultar los reconocimientos CREG 015 de 2018 y 096 de 2019

CONTÁCTANOS

Tarifas y actividades enel.com.co/es/personas/tarifas-actividades
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE: Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
EMERGENCIAS: 115 Gratuito las 24 horas
DENUNCIAS: 601 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, Epaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Ravel, MOVIRED, Su Red Amiga, Su Punto, Su Punto Express, Metro

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del mismo. 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: $293,28 CV: $76,75 PR: $67,98 R: $33,78 CP: $0,00 / $858,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UN14-SIMULTIN - - NIVEL DE TENSION: 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 1995.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de 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. 0061 de 10 de diciembre de 2020.
"Sobre el acto de suspensión proceda el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG156011 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 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: 06/05/2025 02:29:56
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 15:29:11

CUDE: be4887d101535370c3b5633508c729f63e47b6306833a5135a832241e663b7b8c49b7ed81d5081f4cd6709b00f1884f7ce

44974

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC- Número de Historia clínica: 216 | MICROCHIP: SI Número: 900255002402622 | FECHA: 14/5/25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tony Valbuena Romero | COLOR: crema-blanco

ESPECIE: CANINO___FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 9M | PESO: 2-8kg | POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACION: 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: Deissy Tatiana Valbuena Romero | DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: Cr 14B este # 88 H sur 10 | TELEFONO: 3112259975

CEDULA: 1.070.014.027 | CORREO ELECTRÓNICO: deissytatianaValbuenaromero@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Las Soches | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N.A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: N.R | ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa BORDETELLA: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y

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: 147 l/m | F. RESPIRATORIA: 26 r/m | TEMPERATURA: 38-8°c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Deisy tatiana valbuena	1070.014.027

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. **RAZON:**

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA: dd/mm/aaaa	HORA:

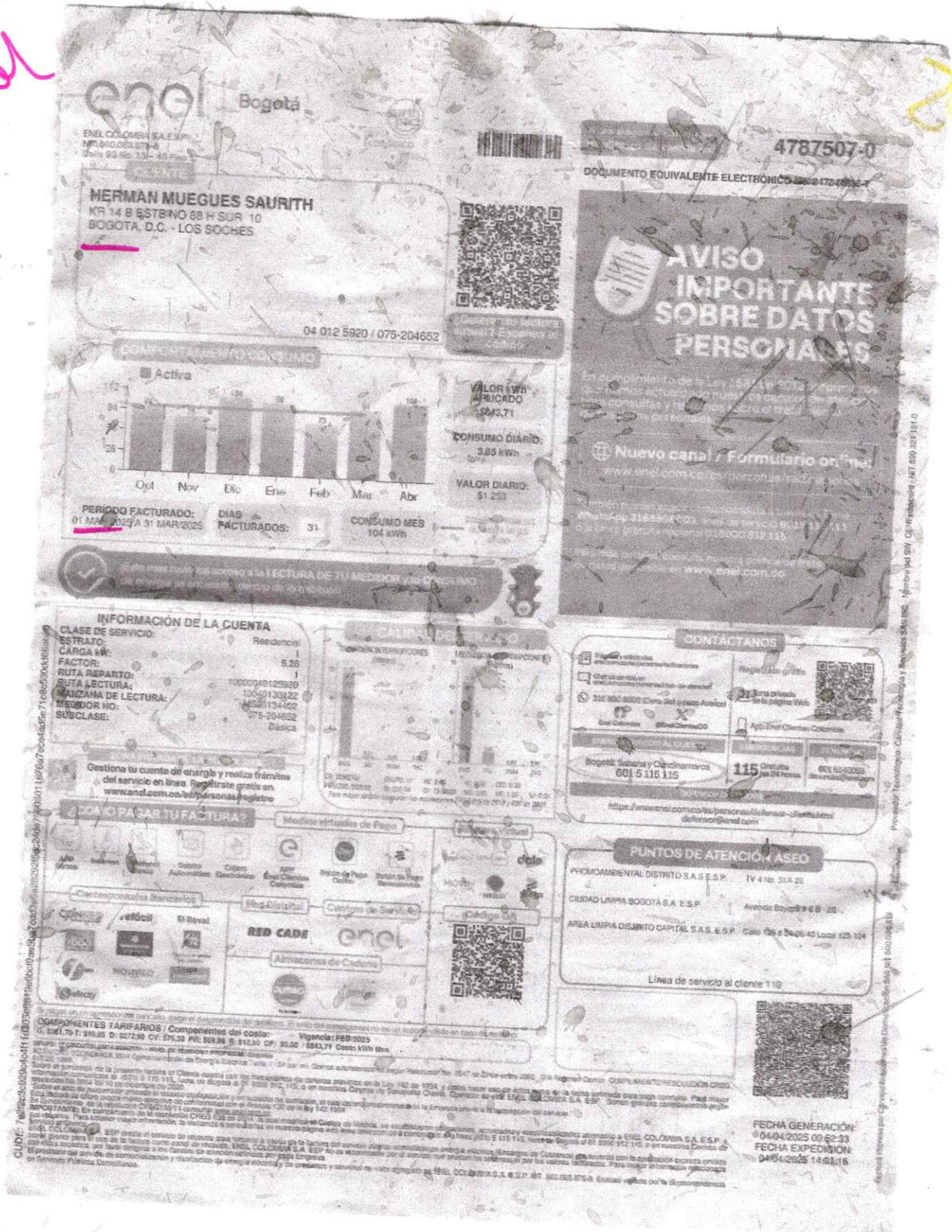
OBSERVACIONES:

18

206


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.070.014.027
VALBUENA ROMERO
APELLIDOS
DEISSY TATIANA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 23-MAR-1994
CAJICA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
10-ABR-2012 CAJICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-01429662-F-1070014027-20240401
0139333373A 1
8511296287



enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 800.063.879-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 3

4787507-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

HERMAN MUEGUES SAURITH
KR 14 B ESTE NO 68 H SUR 10
BOGOTA, D.C. - LOS SOCHES

04 012 5920 / 075-204652

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa

Oct Nov Dic Ene Feb Mar Abr

VALOR kWh FACTURADO: $843,71
CONSUMO DIARIO: 3,85 kWh
VALOR DIARIO: $1.253

PERIODO FACTURADO: 01 MAR 2025 A 31 MAR 2025
DIAS FACTURADOS: 31
CONSUMO MES 104 kWh

Este mes tuvo en cuenta la LECTURA DE TU MEDIDOR de CONSUMO

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

Nuevo canal / Formulario online

www.enel.com.co

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	5,26
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100003#0125920
RUTA LECTURA:	1305#0130#22
MANZANA DE LECTURA:	1#0#0134#02
MEDIDOR NO:	075-204652
SUBCLASE:	Básica

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

CANALES DE PAGO

CONTÁCTANOS

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115

https://www.enel.com.co/es/personas/defensor--Defensor-del-defensor@enel.com

¿DÓNDE PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Pagos Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Física

Centros de Servicio

RED CADE

Almacenes de Cadena

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

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

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

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # Bis 6 40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB 2025
G: $361,79 T: $40,85 D: $272,90 CV: $75,33 PR: $69,06 R: $12,50 CF: $0,00 / $843,71 Costo x kWh fdra.

CUDE: 7e9f2e3d9b9e4d4f1fdb03eeee9d0c0ae8ba7dadbaf6a2062f5fa2d6e7a9b01187ba7ec94da8e71c6e5b0cb6aaaa

FECHA GENERACIÓN: 04/04/2025 00:52:33
FECHA EXPEDICIÓN: 04/04/2025 14:01:16

Proveedor Tecnológico: Cadena Ingeniería y Servicios SAS NIT 800.128.910-0

Nombre del SW: CE-Facturación - NIT 800.197.191-0

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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

HC Número de Historia clínica: 217 | MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002402611 | FECHA: 14-05-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Felix Gonzalez

ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD SM | COLOR: Negro | PESO: 7.9 KG | MANEJO ESPECIAL: SI___NO X

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

ORIGEN: NS/NR__RESCATADO X COMPRADO___ADOPTADO___REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Blanca Liliana Gonzalez Aguirre | DIRECCION: cl 74 B Sur 16 este 63 | TELEFONO: 3013576895

CEDULA: 1023025.199 | CORREO ELECTRÓNICO: Lilianagonzales304@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Juan rey Sur | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Técnico | NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: Abril 2025

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aa PENTAVALENTE: dd/mm/aaa
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: Abril 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: 143 l/m | F. RESPIRATORIA: 21 r/m | TEMPERATURA: 38.8 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.2 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	6.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan 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 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: Blanca Liliana Gonzalez Aguirre	Nro de Identificación: 1023025199

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:

211

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.023.025.199**

GONZALEZ AGUIRRE

APELLIDOS

BLANCA LILIANA

NOMBRES

Blanca Liliana Gonzalez Aguirre

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-NOV-1997**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

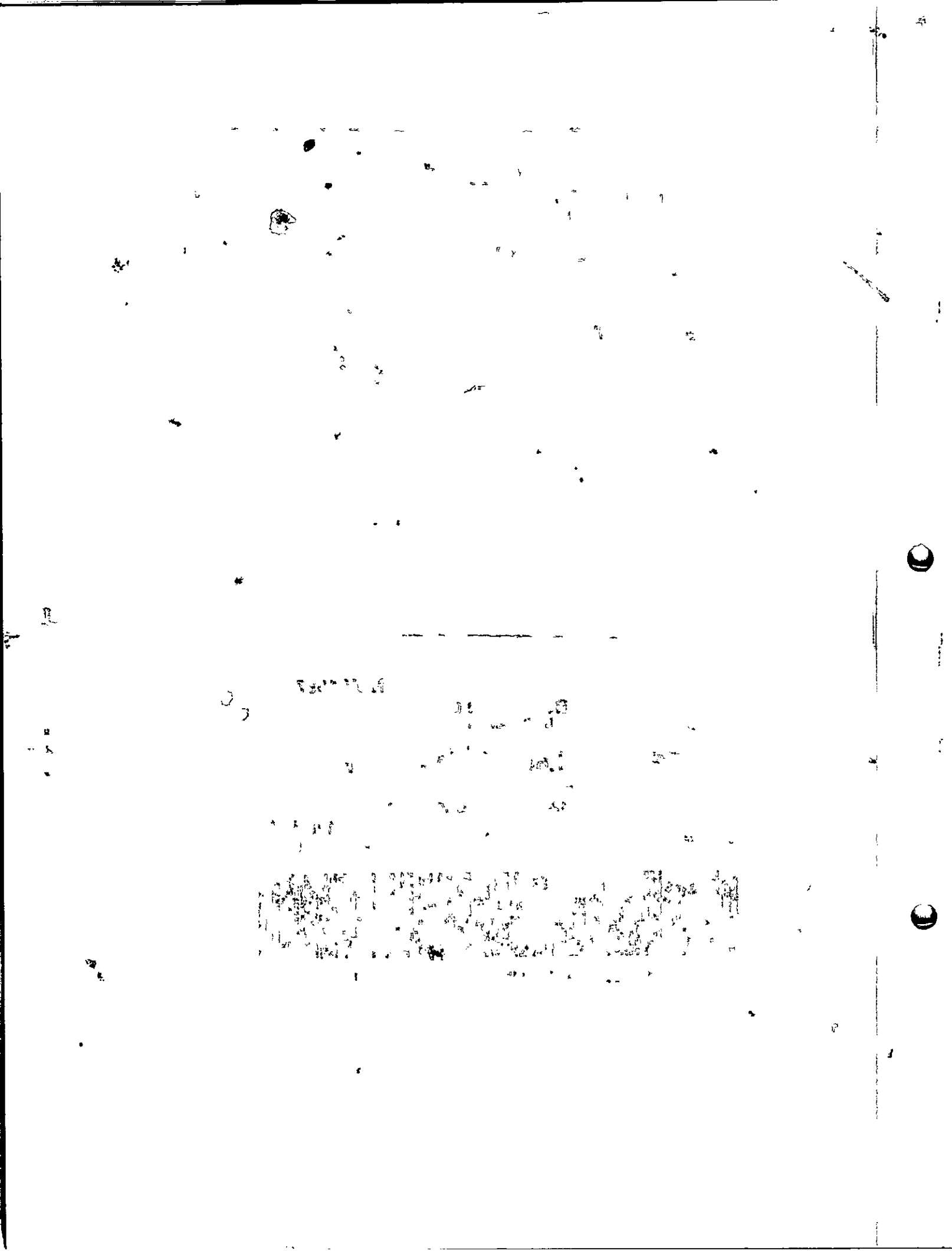
1.60 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

12-NOV-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00834910-F-1023025199-20160603 **0050009986A 1** 1983938584



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: **7703543-4**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 351518583-8

CLIENTE

BLANCA LILIANA GONZALEZ AGUIRRE
CLL 74 B SUR 16 ESTE 63 INTERIOR 12
EXTERNO
BOGOTA, D.C. - JUAN REY SUR

04 017 5059 / 117-21492501

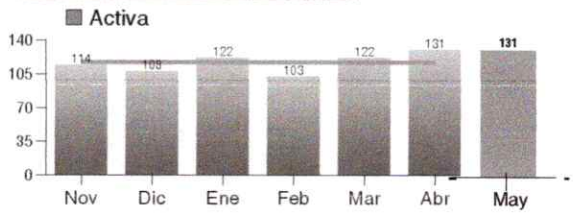
Llevar energía a tu predio es un trabajo en equipo.

Enel se encarga de la infraestructura eléctrica externa, mientras que tú eres responsable del medidor, acometidas e instalaciones internas.

Cuida los elementos que te corresponden, si identificas daños, puedes reportarlos al: 601 514 0000.



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $858,43

CONSUMO DIARIO: 4,37 kWh

VALOR DIARIO: $2.075

PERIODO FACTURADO: 01 ABR/2025 A 30 ABR/2025

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 131 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 117 kWh

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

Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR:

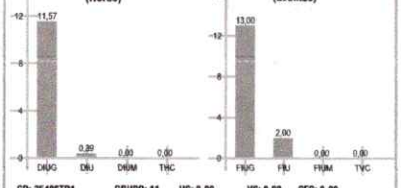
®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a políticasde crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com.

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

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040175059
RUTA LECTURA:	10040170031
MANZANA DE LECTURA:	MS001347H1
MEDIDOR NO:	117-21492501
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 25486TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/03 DI: 229,94 CF: 122,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

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

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

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

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: VI24-25486TR1 - - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

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

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

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

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

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o 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: 06/05/2025 02:54:48
FECHA EXPEDICIÓN: 06/05/2025 16:56:09

CUDE: 0f10c24ac743c672ab0199dac7950805e0f08f2b62d5cc8e32362b52c05a14cb10dd344ade5bf83ca96e67031969b29c

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
5.282 - Página 1 de 2

41970

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC- Número de Historia clinica 218	MICROCHIP: 900255002405209	FECHA: 14-05-25 dd/mm/aaaa

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE CALLE X INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: calle 3				COLOR: pardo blanco	
ESPECIE: CANINO___FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA criollo	EDAD 1 año	PESO: 6 kg	POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X			TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO___CONCENTRADO___ MIXTO X OTRO___	

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO___COMPRADO___ADOPTADO___REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO Nacio en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS	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 N/R.	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa N/R.	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa BORDETELLA: dd/mm/aaaa	TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y
		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: 28 r/m	TEMPERATURA: 38.8 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosados	

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.6 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.6 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.3 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan 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 ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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:

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 219 | MICROCHIP: 900255002404814 | FECHA: 14/05/25 dd/mm/aaaa

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE X CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Thomas | COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO___FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 4 AÑOS | PESO: 4kg | POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X | TIPO DE ALIMENTACION: 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: Juan David Leal Ceron | DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: Cl 74 F Sur 13 B este 18 | TELEFONO: 3229223045

CEDULA: 1026581235 | CORREO ELECTRÓNICO: 3229223045@sin correo.com

BARRIO O VEREDA: Juan Rey Sur | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa NR

ULT. VACUNACION: NS/NR:___ X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: 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: 142 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.)	0.4 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	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Juan David leal	7026581235

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

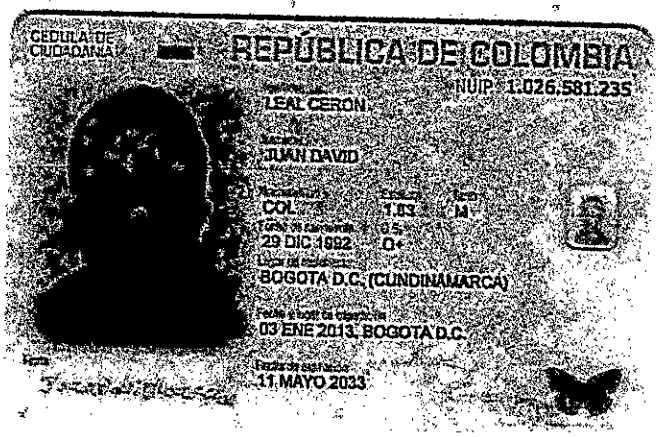
Yo,_____Identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

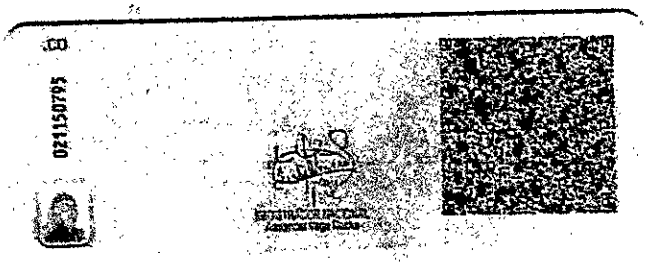
Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación:	Firma:

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

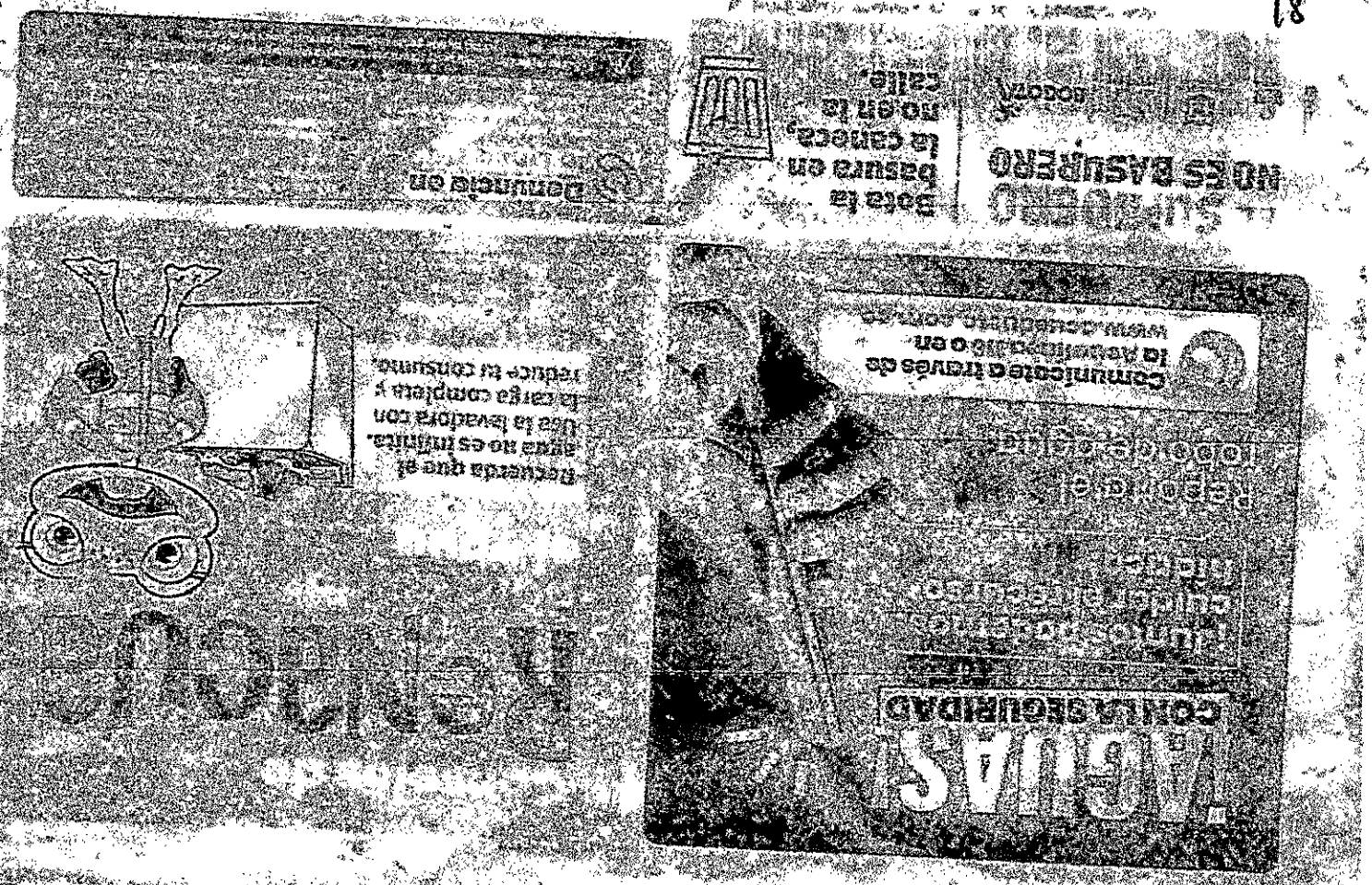
LUGAR:	FECHA: dd/mm/aaaa	HORA:

OBSERVACIONES:





ICCOL021150795015001<<<<<<<<<<
9212299M3305119COL1026581235<6
LEAL<CERON<<JUAN<DAVID<<<<<<<<



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

Para el reparto ZONA:4 CICLO: Q4 RUTA:Q44823

BIMESTRAL

Nazareth Arandeño García
Representante Legal

11503131
Cuenta contrato
Núm de identificación de este predio

42032923114
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA BEATRIZ ARROYABE DE RAM

Dirección del predio
CL 74F SUR 13B ESTE 18

Barrio: **JUAN REY SUR** 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/18/2025 MAR/18/2025

Pago oportuno ABR/23/2025 Suspensión ABR/28/2025

Fecha reportada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/14/2025	ABR/08/2025 09:16:14	ABR/08/2025 14:55:40

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

18

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 220

MICROCHIP: 900255002402624

FECHA: 14/05/2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE X CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Toby

COLOR: pardo/blanco

ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X

RAZA: criollo

EDAD: 1 año

PESO: 2.8kg

POTENCIAL PELIGROSO SI___ NO

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X

TIPO DE ALIMENTACION: 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: Ana Blanca Barrera Hernandez

DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: cll 97 sur 4A 11

TELEFONO: 3167950408

CEDULA: 35336785

CORREO ELECTRÓNICO: 3167950408@sincorreo.com

BARRIO O VEREDA: Serranias

ESTRATO: 1

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: NS/NR: primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
146 l/m	22 r/m	38 °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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Juan G. H... T.P 229...	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución 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:
	35356755

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

Yo,_____Identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35336785

BARRERA HERNANDEZ
APELLIDOS

ANA BLANCA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-MAY-1954
FLORESTA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-MAR-1977 USME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN DUQUE ESCOBAR

A-1500108-42097922-F-0035336785-20020220 04934 02050A 02 111873790

18

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:U44776 BIMESTRAL

11221486
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11767625913
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
ANA BLANCA BARRERA HERNANDEZ

Dirección del predio
CL 97 SUR 4A 11

Barrio: SERRANIAS I **Localidad:** USME

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Periodo facturado	ENE/31/2025	ABR/01/2025

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

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/28/2025	ABR/22/2025 07:56:06	ABR/22/2025 16:02:36

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

18

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA HC- Número de Historia clínica: 221 | MICROCHIP: 900255002405207 | FECHA: 14/05/25 dd/mm/aaaa

ORIGEN: CES | PROTECCION CALLE X | CALLE | INVASION

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Aslam				COLOR: Gris	
ESPECIE: CANINO___FELINO X	SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA mestizo	EDAD 1 AÑO	PESO: 4.3 kg	POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X			TIPO DE ALIMENTACION: 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: Juan David Leal Ceron	DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: U 74 F Sur 13 B Este 18	TELEFONO: 3229223045	
CEDULA: 1026581235	CORREO ELECTRÓNICO: 3229223045@Sincorreo.com		
BARRIO O VEREDA: Juan Rey Sur	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL		

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa N/R	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa 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: 147 l/m	F. RESPIRATORIA: 26 r/m	TEMPERATURA: 38.3 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosada	

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	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA	

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugia y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Juan David leal	1026581235

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

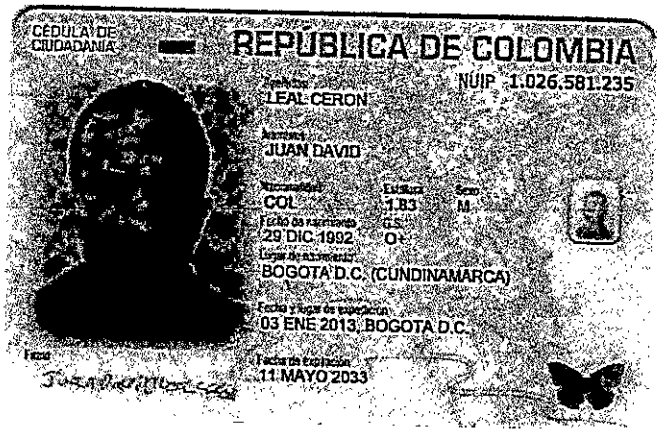
Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.026.581.235

Apellidos
LEAL CERON

Nombres
JUAN DAVID

Nacionalidad
COL

Estatura
1.83

Sexo
M

Fecha de nacimiento
29 DIC 1992

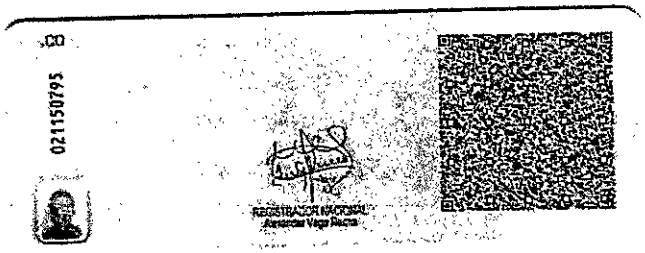
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
03 ENE 2013 BOGOTA D.C.

Fecha de vencimiento
11 MAYO 2033

Firma


CO

0211507955

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0211507950150001<<<<<<<<<<
9212299M3305119COL1026581235<6
LEAL<CERON<<JUAN<DAVID<<<<<<<<



acueducto

Para el reparto ZONA:4 CICLO: 04 RUTA:044823 BIMESTRAL

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

Natalia Avendaño García
Representante Legal

11503131
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

4203923114
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA BEATRIZ ARROYABE DE RAMI

Dirección del predio
CL 74F SUR 13B ESTE 18

Barrio: JUAN REY SUR 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/18/2025		MAR/18/2025
Pago oportuno	ABR/23/2025	Suspensión	ABR/29/2025
Fecha esperada próxima factura	JUN/14/2025	Fecha y hora de expedición factura	ABR/08/2025 09:16:14
		Fecha y hora de generación factura	ABR/08/2025 14:55:40

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

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

HISTORIA CLINICA
HC - Número de Historia Clínica: 222
MICROCHIP: Expiry – Date: 2030/02/07 900255002404995
FECHA: 14/05/25 dd/mm/aaaa
ORIGEN: CES PROTECCION CALLE X CALLE INVASION HABITANTE DE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: TOMY
COLOR: Barcol Negro
ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X
RAZA: mestizo EDAD: 7 meses
PESO: 2,5kg
POTENCIAL PELIGROSO SI___NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X
TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR___ CASERO___CONCENTRADO X MIXTO OTRO___
ORIGEN: NS/NR___RESCATADO___COMPRADO___ADOPTADO___REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan David leal Ceron
DIRECCION: U UBICACIÓN COORDENADAS: Cl 74 F Sur 13 B este 18
TELEFONO: 3229223045
CEDULA: 1026581235
CORREO ELECTRÓNICO: 3229223045@sucorreo.com
BARRIO O VEREDA: Juan Rey Sur
ESTRATO: 1
LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria
TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NTA
ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa N/R
ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: 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: 148 l/m
F. RESPIRATORIA: 26 r/m
TEMPERATURA: 38.2 °c
TLLC 1 seg
MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME CPS 1225-2024 (121510)

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 declinacion 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 riegos 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 cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Juan David leal ceron	1026582135

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACION DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 1225-2024 (121510)

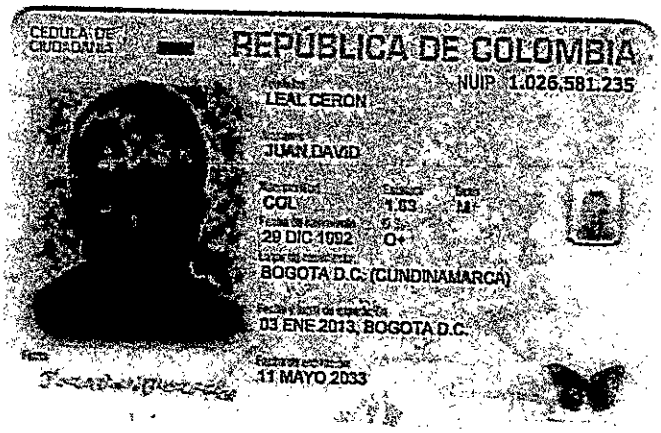
Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

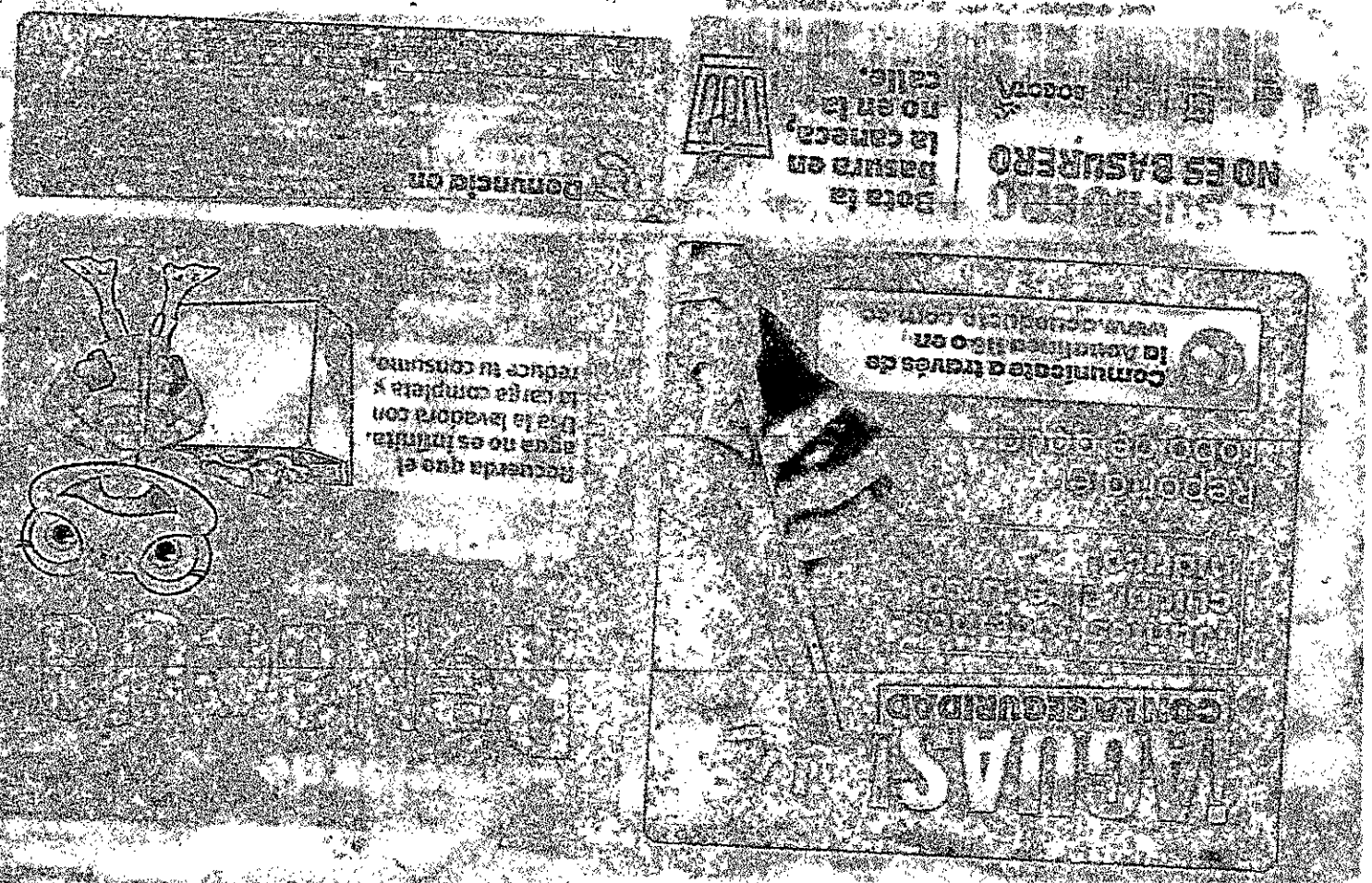
LUGAR: FECHA: dd/mm/aaaa HORA:

OBSERVACIONES:





ICCOL021150795015001<<<<<<<<<<
9212299M3305119COL1026581235<6
LEAL<CERON<<JUAN<DAVID<<<<<<<<



Para el reparto ZONA:4 CICLO: 04 RUTA:044823

BIMESTRAL

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 7

Natasha Avendaño García
Representante Legal

11503131
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42032923114
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de

MARIA BEATRIZ ARROYABE DE RAMI

Dirección del predio

CL 74F SUR 13B ESTE 18

Barrio: **JUAN REY SUR** 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/18/2025	MAR/18/2025
Pago oportuno	ABR/23/2025	Suspensión ABR/28/2025
Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/14/2025	ABR/08/2025 09:16:14	ABR/08/2025 14:55:40

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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