UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica 38	MICROCHIP 900255002880283	FECHA: 16-07-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Toby			COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 2A	PESO: 25.7 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Dary Quintero Bayona	DIRECCION cr 11 67d 81 sur	TELEFONO 3107524458
CEDULA: 52.654.682	CORREO ELECTRÓNICO: 3107524458@sincorreo.com	
BARRIO O VEREDA Santa Marta	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Octavo 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
N/A	N/R	**CANINOS** PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. 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: 117 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	2.6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.6 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.6 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1.3 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor: Luz Dary Q	Nro de Identificación: 52654682

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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

HC Número de Historia clínica: 39	MICROCHIP: 900255002879588	FECHA: 16-07-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Coquito			COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 5m	PESO: 4,9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sara Sofia Pachon Vanegas	DIRECCION: cl 92A sur 8b 27	TELEFONO: 3195193824
CEDULA: 1.022.925.846	CORREO ELECTRÓNICO: Sarasofiap.131@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Chuniza	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Universitario	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
N/A	N/R	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

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: 116 l/m	F. RESPIRATORIA: 21 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: —				

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,5 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,25 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ———

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Sara Pacheco.	1022925846

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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

HC Número de Historia clínica: 40 | MICROCHIP: 900255002879585 | FECHA: 16-07-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sara Sofia Pachon Vanegas		DIRECCION: Cl 92A sur 8b 27	TELEFONO: 3195193824
CEDULA: 1.022.925.846		CORREO ELECTRÓNICO: sarasofiap131@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Chunita	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Universitario	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
N/A	N/R	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

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: 114 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °c	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,8 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,8 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,8 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,4 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor: Sra Sofia Pacheco	Nro de Identificación: 1022925846

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 47	MICROCHIP: 900255002880072		FECHA: 16-07-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Max				COLOR: Barco/Cafe	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Pitbull	EDAD 2AÑOS	PESO: 31 KG	MANEJO ESPECIAL: SI X NO
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gladys Peralta Caro		DIRECCION: Cl 67A BIS 001 9-25	TELEFONO: 3008155058
CEDULA: 52 390 909		CORREO ELECTRÓNICO: Peraltagladys816@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: La Fiscala	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Profesional	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL		
NS/NR:			

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

4. EXAMEN CLINICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 l/m	F. RESPIRATORIA: 25 r/m	TEMPERATURA: 38.1°c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosada
OBSERVACIONES: —				

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	3.1 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	3.1 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	3.1 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1.5 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

B. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	52390909

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.390.909**
PERALTA CARO
APELLIDOS
GLADYS
NOMBRES

FIRMA

36



FECHA DE NACIMIENTO **23-JUN-1977**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

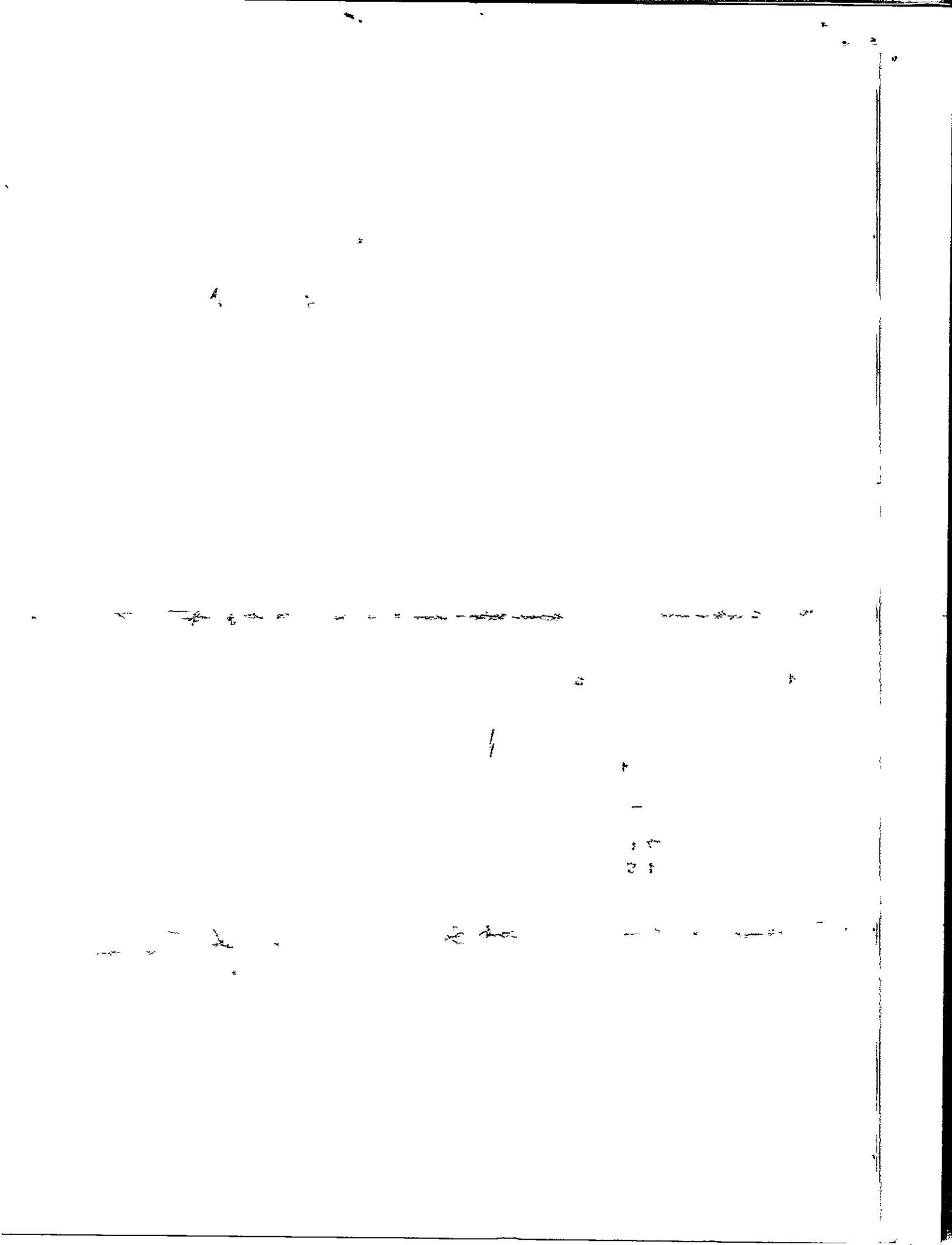
1.55 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

11-JUN-1996 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00452076-F-0052390909-20130724 **0034**095341A 1 1632461034



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: **3491584-3**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 357549927-4

CLIENTE

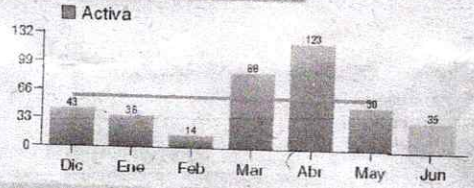
GLADYS PERALTA CARO
CL 67 A BIS SUR NO 9 25 TO 3 AP 103
ARMARIO
BOGOTA, D.C. - LA FISCALA

19 010 1718 / 074-25566734

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $799,42

CONSUMO DIARIO: 1,17 kWh

VALOR DIARIO: $557

PERÍODO FACTURADO: 22 MAY/2025 A 20 JUN/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 35 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES 59 kWh

Ahora más fácil y rápido accede a la LECTURA DE TU MEDIDOR y a tu CONSUMO. Descarga una versión. Encuentra los posibles cambios y tips de consumo en www.enel.com.co

¡LLEGÓ A TU CASA!
Préstamos de hasta $12.000.000
Encuentre 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.

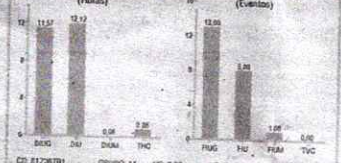
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000190101718
RUTA LECTURA:	10190120771
MANZANA DE LECTURA:	MS00259017
MARCA - No MEDIDOR:	074-25566734
SUBCLASE:	Básica

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Mantén limpia tu plancha para que el calor pase de manera más eficiente y consuma menos energía.

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 81726TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,01
PERIODO: 202504 DI: 251,83 CF: 123,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %t: 0,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2014

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/solicitudes
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 680 8003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia | @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Reval, TODO1, MOVIRED, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Makro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del detallino. 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: MAY/2025
G: $269,03 T: $56,76 D: $299,01 CV: $78,72 PR: $55,59 R: $40,31 CF: $0,00 / $799,42 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UM33-81726TR1 - - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 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: 25/06/2025 01:01:59
FECHA EXPEDICIÓN: 25/06/2025 15:58:16

CUDE: 5abd5056d249fbd413f4...a88275f2b...

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.048.812

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

36

1 Total Energía $16.720 + 2 Portafolio Enel X $0 + 3 Total Aseo $24.390 = Total $41.110

PAGO OPORTUNO 07 JUL /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN ① 09 JUL/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 3491584-3

FECHA DE EXPEDICIÓN 22 JUL/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
ENERGIA ACTIVA FP	11.488		11.453		35				35	35		$799,42		$27.980
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$256,01		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh	X	Valor kWh $799,4186	X	Beneficio 40,25 %									$11.252

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $597 DIARIOS

SUBTOTAL $16.723

Otros Cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $3

SUBTOTAL $3

Consumos + Otros cobros asociados a energía ① TOTAL ENERGÍA: $16.720

Otros cobros de productos y servicios

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP de Subtotal Online en la página web o haciendo 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 $103.883.

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: 40,25 %

ASEO

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

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

		DÍAS LIQUIDADOS
CUENTA CONTRATO	11959112	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	357549927-4	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	22.05.2025 a 21.06.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$35.171
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-14.069
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-4
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$3.291
ASEO - INTERES POR MORA	$1

MESES EN MORA 0

③ TOTAL ASEO: $24.390

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

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Multiusuario Residencial

VOLUMEN: 0.1629 ESTRATO: 2

DENSIDAD: 0.19 FREC. RECOLECCION: 3

% PARTICIPACIÓN: 232% 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:
$19.253,43	$7.002,62	$152.831,36

TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO:	0.00263999
LIMPIEZA URBANA:	0.00105817
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001600
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.05737646
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.04
AFORO NO APROVECHABLE:	0.00

MENSAJES DE INTERÉS

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

3008155058

NÚMERO DE CLIENTE 3491584-3

Documento Equivalente Electrónico No. 357549927-4

(415)7707209914253(8020)013491564335754992 74(3900)0000000041110

PAGO OPORTUNO 07 JUL /2025

TOTAL A PAGAR $41.110

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 42	MICROC: 900255002880381	FECHA: 16.05.25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Hunter			COLOR: Amarillo blanco Negra	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 3 años	PESO: 26 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___		

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Alfonso Moya Prieto	DIRECCION: Kr 7c este 107sur57	TELEFONO: 3125220011
CEDULA: 79 736 457	CORREO ELECTRÓNICO: 3125220011@simcorreo.com	
BARRIO O VEREDA: Aurora	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 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	2.6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.6 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.6 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1-3 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación: 1973645M

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.736.457
MOYA PRIETO
APELLIDOS
LUIS ALFONSO
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 22-MAR-1974
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-ABR-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

FACTURA POR 2 MESES

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

¡Nueva! ESTÁ INSCRITO EN FACTURA VIRTUAL

Datos del usuario

RUTH MERY LOPEZ RUTH MERY LOPEZ
KR 7C ESTE 107 SUR 57 (INMUEBLE)
(CORRESPONDENCIA)

ESTRATO:	1	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS:	2	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 4 **CICLO:** E4 **RUTA:** E44178A

Datos del medidor

MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 6301SIB015478 TIPO: VELO015C DIÁMETRO: 7

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta 000011381836

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos 42057642615

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)
$ 49.469

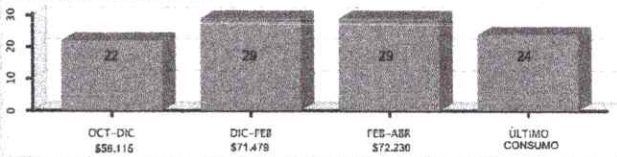
Fecha de pago oportuno JUL/23/2025

Fecha de suspensión JUL/28/2025

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	3895	CONSUMO (m³)	24
LECTURA ANTERIOR:	3871	PROMEDIO (m³)	27
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
ABR/20/2025 - JUN/18/2025

FECHA DE EXPEDICIÓN JUL/09/2025 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA SEP/13/2025
Rango CMO Básico Bimestral Según Resolución CRA-750/2016: (0 m3 - 22 m3)

Resumen de su cuenta

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	2,00	$9.504,77	$19.009,54	$13.307-	$2.851,43	$5.702,54
Consumo residencial básico	24,00	$3.636,30	$87.271,20	$61.090-	$1.090,89	$26.181,20
Consumo residencial superior a básico	.					
Cargo fijo no residencial	.					
Consumo no residencial (m3)	.					
Subtotal Acueducto ①			$106.280,74	$74.397-		$31.883,74
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	2,00	$4.517,81	$9.035,62	$6.325-	$1.355,34	$2.710,62
Consumo residencial básico	24,00	$3.884,25	$93.222,00	$65.256-	$1.165,27	$27.966,00
Consumo residencial superior a básico	.					
Cargo fijo no residencial	.					
Consumo no residencial (m3)	.					
Subtotal Alcantarillado ②			$102.257,62	$71.581-		$30.676,62

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
I-Ajuste a la Decena				$2-	
D-Ben. Min. Vital Total				$13.091-	
Subtotal Otros Cobros ③				$13.093-	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³. Período actual $13.091-

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④ $49.469

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $31.281 **CONSUMO DÍA** AGUA Y ALCANTARILLADO $1.043

10/07/2025

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

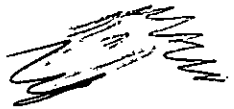


Denuncia en la Línea 116

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

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

El hurto reiterado de infraestructura atenta contra la disponibilidad permanente de



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 43	MICROCHIP: 900255002880079	FECHA: 16-07-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Azabache			COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 1 año	PESO: 16.1 KG
MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X				
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___		

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Flor Mariela Salas de Ubaque	DIRECCION: Cl 69 d sur 8b-16	TELEFONO: 3143406844
CEDULA: 41621164	CORREO ELECTRÓNICO: 3143406844@sincorreo.com	
BARRIO O VEREDA: Barranquillita	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/A	N/R	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 06-25
		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: 117 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 38,2 °c	TLC: 2 seg	MUCOSAS: rosadas
OBSERVACIONES:				

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1-6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1-6 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1-6 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0-8 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Hollanda Salas	41.621.764

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.621.164
SALAS De UBAQUE
APELLIDOS
FLOR MARIELA
NOMBRES

FIRMA



T3

FECHA DE NACIMIENTO 15-ABR-1954
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

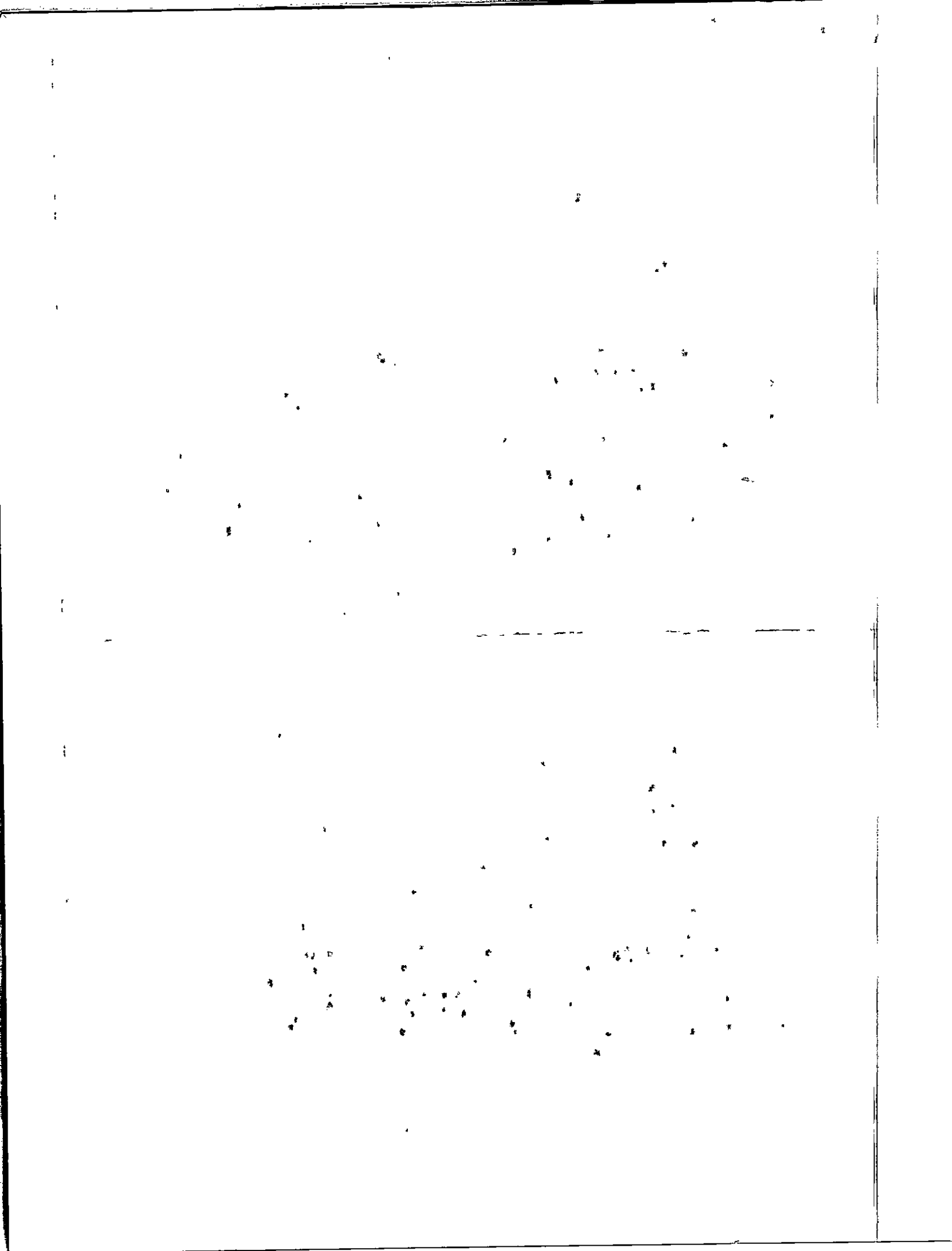
1.52 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

26-JUN-1975 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00199324-F-0041621164-20091123 0018232604A 1 1390014034



FACTURA POR 2 MESES

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Datos del usuario

FLOR M ROJAS
CL 69D SUR 8B 16 (INMUEBLE)
(CORRESPONDENCIA)

ESTRATO:	2	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS:	1	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 4 **CICLO:** T4 **RUTA:** T44742

Datos del medidor

MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 10017707 TIPO: VELO015C DIÁMETRO: ?

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta 000012409832

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos 43406452417

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo) $ 229.193

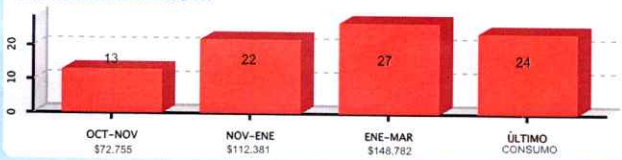
Fecha de pago oportuno Inmediato

Fecha de suspensión Inmediato

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	2475	CONSUMO (m³)	24
LECTURA ANTERIOR:	2451	PROMEDIO (m³)	21
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
MAR/29/2025 - MAY/28/2025

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN JUN/17/2025 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA AGO/22/2025
Rango CMO Básico Bimestral Según Resolución CRA-750/2016: (0 m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	2,00	$9.489,58	$18.979,16	$7.592-	$5.693,74	$11.387,16
Consumo residencial básico	22,00	$3.630,53	$79.871,66	$31.949-	$2.178,32	$47.922,66
Consumo residencial superior a básico	2,00	$3.630,53	$7.261,06	$0	$3.630,53	$7.261,06
Cargo fijo no residencial	,		-			
Consumo no residencial (m3)	,					
Subtotal Acueducto ①			**$106.111,88**	**$39.541-**		**$66.570,88**
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	2,00	$4.510,59	$9.021,18	$3.608-	$2.706,36	$5.413,18
Consumo residencial básico	22,00	$3.878,67	$85.330,74	$34.132-	$2.327,20	$51.198,74
Consumo residencial superior a básico	2,00	$3.878,67	$7.757,34	$0	$3.878,67	$7.757,34
Cargo fijo no residencial	,					
Consumo no residencial (m3)	,					
Subtotal Alcantarillado ②			**$102.109,26**	**$37.740-**		**$64.369,26**

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
I-Ajuste a la Decena				$1	
D-Ben. Min. Vital Total				$26.140-	
I-Intereses de mora				$950	
Subtotal Otros Cobros ③				**$98.254**	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³. Período actual $26.140-

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④ $229.193

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $65.470

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO $2.147

06/07/2025

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



Denuncia en la Línea 116

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

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

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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 44	MICROCHIP: 900255002880077	FECHA: 16.09-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Paco				COLOR: Cafe Negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Yorkie	EDAD 3 años	PESO: 5,1 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Carolina Montenegro Cuesta	DIRECCION cl 67A Bis sur 9-23	TELEFONO 3045746460
CEDULA: 1049 795 788	CORREO ELECTRÓNICO: Carolinamontenegrocuesta@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Sierras	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: profesional 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
N/A	05.25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 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 específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO X** ò **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]	1049952388

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 **1.049.795.788**

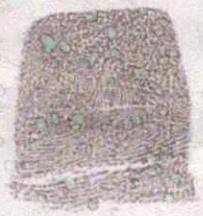
MONTENEGRO CUESTA
APELLIDOS

DIANA CAROLINA
NOMBRES

FIRMA



35



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-JUL-1989**
GUATEQUE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-AGO-2007 GUATEQUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
MARIO CALDAS VELEZ

P-0718200-34165811-F-1049795788-20071129 **00619**072338 02 2522865353

Pago Junio 27

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

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



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

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

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

Agenda tu Revisión escaneando el QR.

Actividad válida del 17 de marzo al 30 de junio de 2025 para usuarios del servicio de gas natural residencial. Publicidad a cargo de las empresas de servicios públicas que conforman 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 · Bancamía · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Tpaga · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacerlo uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.612-8 7048/29052025

¡Hola!

AGUDELO RAMIREZ CARLOS
CL 67A BIS SUR 9 23 T11 00502 - SIERRAS
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007111-707281

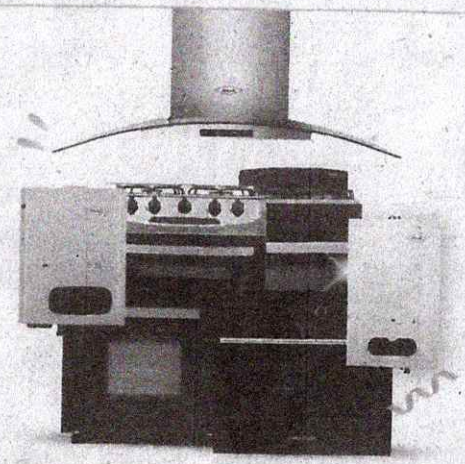
Lote: P09GN **Ruta:** 0011270250278006700 **Código del Sector:** 480

Cuenta o referencia de pago **62346626**

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: **$ 4.800.000**



vanti Listo

En **Vanti tienda virtual** compra calentador, estufa, horno, campana y mucho más, las mejores opciones para estrenar.
Aprovecha los precios Vanti Listo y paga en tu factura de gas natural.

Escanea y compra aquí

Compra en tienda virtual y paga a cuotas a través de tu factura de gas con Vanti listo

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.

0011270250278006700 480 P09GN

Factura de gas

Junio 2025

Cuenta o referencia de pago 62346626

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
01 Jul. 2025	02 Jul. 2025	May. - Jun. 2025	16 Jun. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	19M3	3.239,04	0,00	61.541,76
MENOS SUBSIDIO (40%)	1UN	-24.813,64	0,00	-24.813,64
AJUSTE DECENA	1UN	1,88	0,00	1,88

1 – Total $36.730,00

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

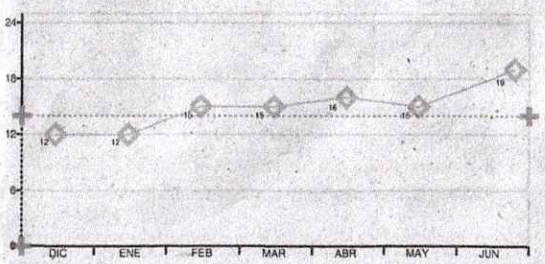
Total a pagar (1 + 2 + 3)

$36.730,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Dos | Días de consumo 32

Fecha	Lectura	Tipo
12 May. 2025	2719	REAL
12 Jun. 2025	2744	REAL

m^3 corregido= 2744 - 2719 * Factor de corrección = 19

Tu próxima lectura será

Entre 07 y el 12 de Julio

Novedades de tu factura

CuVa $ 2880.54

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 May. 2029

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m^3 de gas este mes es de $2881.

Mar. $2826 Abr. $2943 May. $2895

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

Componentes tarifarios

Gm: 1654.66	Tm: 530.51	Dm: 620.8	Cm: 0.0
P: 74.57	Cvm: 0.0	Cufm: 0.0	Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0	Fpcm: 42.512	DAUR: 0.0	DAUNR: 0.0

M/m^3 Tu consumo en m^3 de gas equivale: 224 kWh y el precio unitario del kWh es: $163.965

Factor de corrección

Vm: 25	Kp: 0.76826	Kt: 1.00445	Ft: 0.77168		
Vc: 19	Tm: 14.28	Te: 15.56	Pe: 1.01008		
Pa: 0.753	Pm: 0.023	F^2 pv: 1.0			

Factor de corrección: 0.77168

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)62346626(3900)00000000036730

41342

C1-

Factura No. F15B5644283 2

/FE:27bf3660abb09a018d6ebb1111823bc413097f929660dc73807dbc42069bff46f2da141d9b21059b0545c693986067532

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 45 | MICROCHIP: 900255002880082 | FECHA: 16-07-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Homero | COLOR: Amarillo Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año | PESO: 16.9 KG | MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Deivi Alejandro Paloma Gonzalez | DIRECCION: Cll 104a sur 1-24 | TELEFONO: 3102182019

CEDULA: 80251600 | CORREO ELECTRÓNICO: 3102182019@sincorreo.com

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

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

NS/NR:

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NIA | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: NIR | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaa 03-25

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:
116 l/m	25 r/m	38.3 °c	2 seg	rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.7 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.7 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.7 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.8 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:
	80751600

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

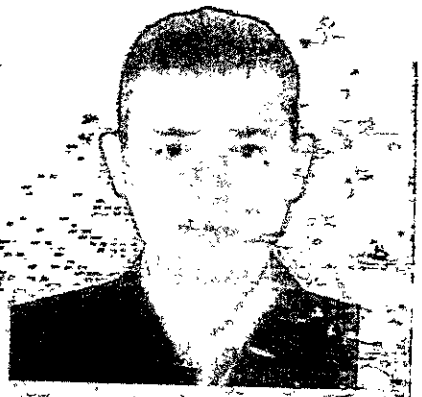
NUMERO **80.251.600**

PALOMA GONZALEZ

APELLIDOS

DEIVI ALEJANDRO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-DIC-1984**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

07-ENE-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00707464-M-0080251600-20150523 0044254041A 1 44071304

Inscríbete para tener
tu factura
de manera digital

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

REVISIÓN PERIÓDICA OBLIGATORIA DE GAS



¡Agenda ahora y PAGA DESPUÉS!

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

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

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

vanti

Agenda tu Revisión escaneando el QR

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

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

Se te suspenderá el servicio por falta de pago y cumplido 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/o ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 890.096.812-8 7048290520 26

¡Hola!

MARIA ENITH TRUJILLO
CL 104A SUR 1 24 - ANTONIO JOSE SUCRE
BOGOTA

37

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057105-109217

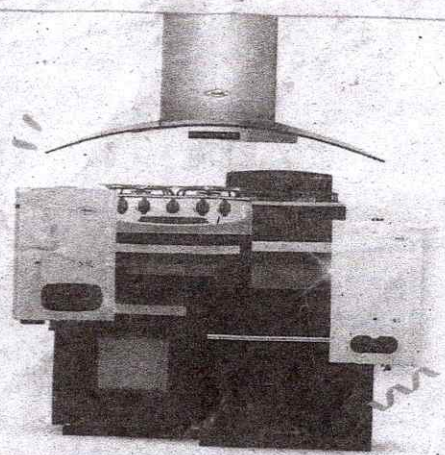
Lote: P07GN **Ruta:** 0011640163582005000 **Código del Sector:** 110

Cuenta o referencia de pago **61782904**

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

En **Vanti tienda virtual** compra el artículo de tu hogar y encuentra las mejores opciones para estrenar. Aprovecha los precios Vanti Listo y paga en tu factura de gas natural.

Escanea y compra aquí

Compra en tienda virtual y paga a cuotas a través de tu factura de gas con Vanti listo

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

110 0011640163582005000 P07GN 64936 C C1

Factura de gas

Junio 2025

Cuenta o referencia de pago 61782904

BOGOTA

Vigilado Superservicios

CUENTA EN MORA

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

① Pago oportuno: PAGO INMEDIATO

② Fecha de suspensión: INMEDIATO

③ Periodo facturado: May. - Jun. 2025

④ Emisión de tu factura: 13 Jun. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
AJUSTE DECENA	1UN	-1,13	0,00	-1,13
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	481,13	0,00	481,13

① Total $480,00

Tus financiaciones

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

② Total $0,00

③ Valor facturas vencidas $487.640,00

Total a pagar ① + ② + ③ $488.120,0

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
09 May. 2025	3575	ESTIMADO
10 Jun. 2025	3575	ESTIMADO

m³ corregidos = 3575 - 3575 * Factor de corrección = 0

Tu próxima lectura será Entre 05 y el 10 de Julio

Novedades de tu factura

CuVa $ 2880,54
La Revisión Periódica se encuentra vencida.

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: **30 Jun. 2014**

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la reglamentación vigente: Resoluciones 067 de 2012 y 41385 de 2017.

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de: $2881

Mar. $2826 Abr. $2943 May. $2895

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

Componentes tarifarios

Gm: 1654.66 Tm: 530.51 Dm: 620.8 Cm: 0.0
P: 74.57 Cvm: 0.0 Cvim: 0.0 Cuvm: 0.0
Com: 0.0 Ppam: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjtm³: Tu consumo promedio de gas equivale a 0 kWh y el precio unitario del kWh es $0.0

Factor de corrección

Vm: 0 Kp: 0.76826 Kt: 1.00442 Fc: 0.77165
Vc: 0 Im: 14.29 Tc: 15.56 Fe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.023 Fpvc: 1.0
Factor de corrección: 0.77165

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPIL: 100.0



(415)7709998026025(8020)61782904(3900)000000000488120

Factura No. F1505121383

C1 64936 C

Somos grandes contribuyentes Resolución 000209 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autoretenedores. Resolución No. 4918 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764091287057 del 31/07/2025. Facturación electrónica desde Nº 50000001 hasta 100000000 con Vigencia de 24 meses

Entidad Vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 2-1100(0008, VANTI S.A. E.S.P. 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.

Consulta Tecnology y Servicios S.A.S. Nit: 900.211.113-0

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 46 | MICROCHIP: 900255002880541 | FECHA: 16.07.25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Wally | COLOR: Café

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Cocker Spaniel | EDAD: 1 año | PESO: 14,1 KG | MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Cecilia Alvarado Ramirez | DIRECCION: cll 68 csur 10-22 | TELEFONO: 3229533421

CEDULA: 52 230 793 | CORREO ELECTRÓNICO: daniela angie 85@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Santa Marta | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: USME

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NIA | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: NIR

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X

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

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 l/m | F. RESPIRATORIA: 22 r/m | TEMPERATURA: 38.3 °c | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.4 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)*	1.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.7 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Martha Alvarado	52.230793

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:

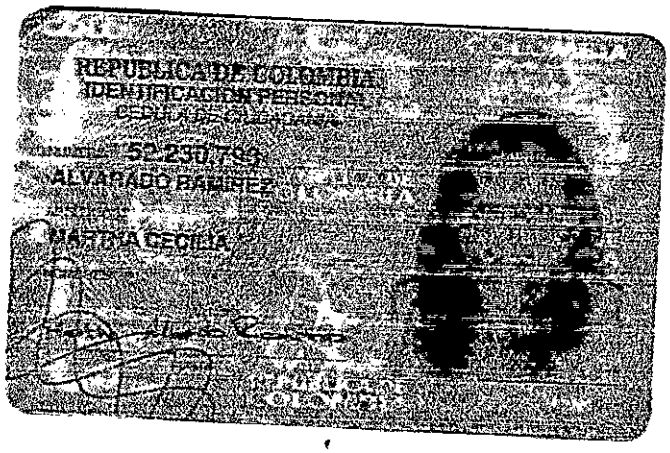
AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

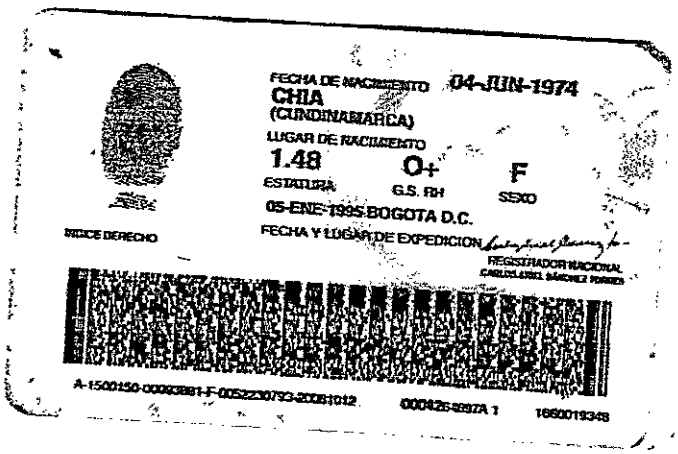
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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
52.230.793
ALVARADO RAMIREZ
MARTHA CECILIA


FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-1974
CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
05-ENE-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

FACTURA POR 2 MESES

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Datos del usuario

SILVESTRE ALVARADO
CL 68C SUR 10 22 (PANEL 8) (CORRESPONDENCIA)

ESTRATO: 2 | CLASE DE USO: Residencial
UND HABITACIONALES: 1 | UND NO HABITACIONAL: 0

ZONA: 4 CICLO: T4 RUTA: T44742

Datos del medidor

MARCA: [illegible] NÚMERO: [illegible] TIPO: [illegible] DIÁMETRO: ?

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	3671	CONSUMO (m³)	43
LECTURA ANTERIOR:	3628	PROMEDIO (m³)	20
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Período facturado
MAR/29/2025 - MAY/28/2025

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: 000010389666

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: 41376286716

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobros Terceros (si aplica ver al respaldo): $ 247.510

Fecha de pago oportuno: JUL/02/2025

Fecha de suspensión: JUL/07/2025

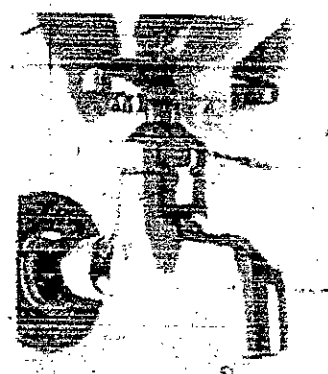
FECHA DE EXPEDICIÓN: JUN/17/2025
FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA: AGO/22/2025

Resumen de su cuenta

Rango CUBO Básico Residencial Según Resolución CRA-750 2016 (0 m³ - 22 m³)

Descripción	Cant.	Valor Unitario	Valor Total	Subsidio %	Subsidio $	Cargo Mes
Acueducto						
Cargo fijo residencial	2.00	$9.163,58	$18.575,16	$7.592-	$5.246,74	$11.387,16
Consumo residencial básico	22.00	$3.630,53	$79.871,66	$31.949-	$2.178,32	$47.922,66
Consumo residencial superior a básico	21.00	$3.630,53	$76.241,13	$0	$3.630,53	$76.241,13
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto 1			$175.091,95	$39.541-		$135.550,95
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	2.00	$4.541,59	$9.083,18	$3.633-	$5.705,18	$5.419,18
Consumo residencial básico	22.00	$3.878,67	$85.330,74	$34.132-	$2.327,20	$51.198,74
Consumo residencial superior a básico	21.00	$3.878,67	$81.452,07	$0	$3.878,67	$81.452,07
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado 2			$175.865,99	$37.765-		$138.070,99
Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³ Período actual						$26.140-
TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS 1 + 2 + 3 + 4						$247.510

Subsidio $ 3 $26.184-
Total Cargo Básico + Cargos Fijos 4 $136.807
Total Consumo Suntuario 5 $4.485



Cuida hasta la última gota

Denuncia en la Línea 116

Cualquiera de las siguientes situaciones, nos pretenden la disponibilidad de tus servicios públicos:

- El hurto o hallazgo de medidores, válvulas y tapas.
- Daños a tapas hermeticas de alcantarillas.
- Manipulación de cajas, tapas, válvulas, medidores, hidrantes o cámaras de inspección por parte de personal ajeno a la empresa.
- Conexiones clandestinas [illegible] operativos en la vía por [illegible] no autorizado.

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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 47 | MICROCHIP: 900255002880274 | FECHA: 16-07-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Yoriy | COLOR: Blanco/Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Schnauzer | EDAD: 3 AÑOS | 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 ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leidy Gabriela Diaz Contreras | DIRECCION: Cl 67 A bis B Sur 546 | TELEFONO: 3203874996

CEDULA: 1001 167 742 | CORREO ELECTRÓNICO: l.gabrieladiaz0512000@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Alaska | 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: NR | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaa Abril/25

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: 112 l/m | F. RESPIRATORIA: 24 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °c | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.8 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.8 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.8 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.4 ml:	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Gabriela Diaz	1001167742

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:

26



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.001.167.742

DIAZ CONTRERAS

APELLIDOS

LEIDY GABRIELA

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-DIC-2000

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

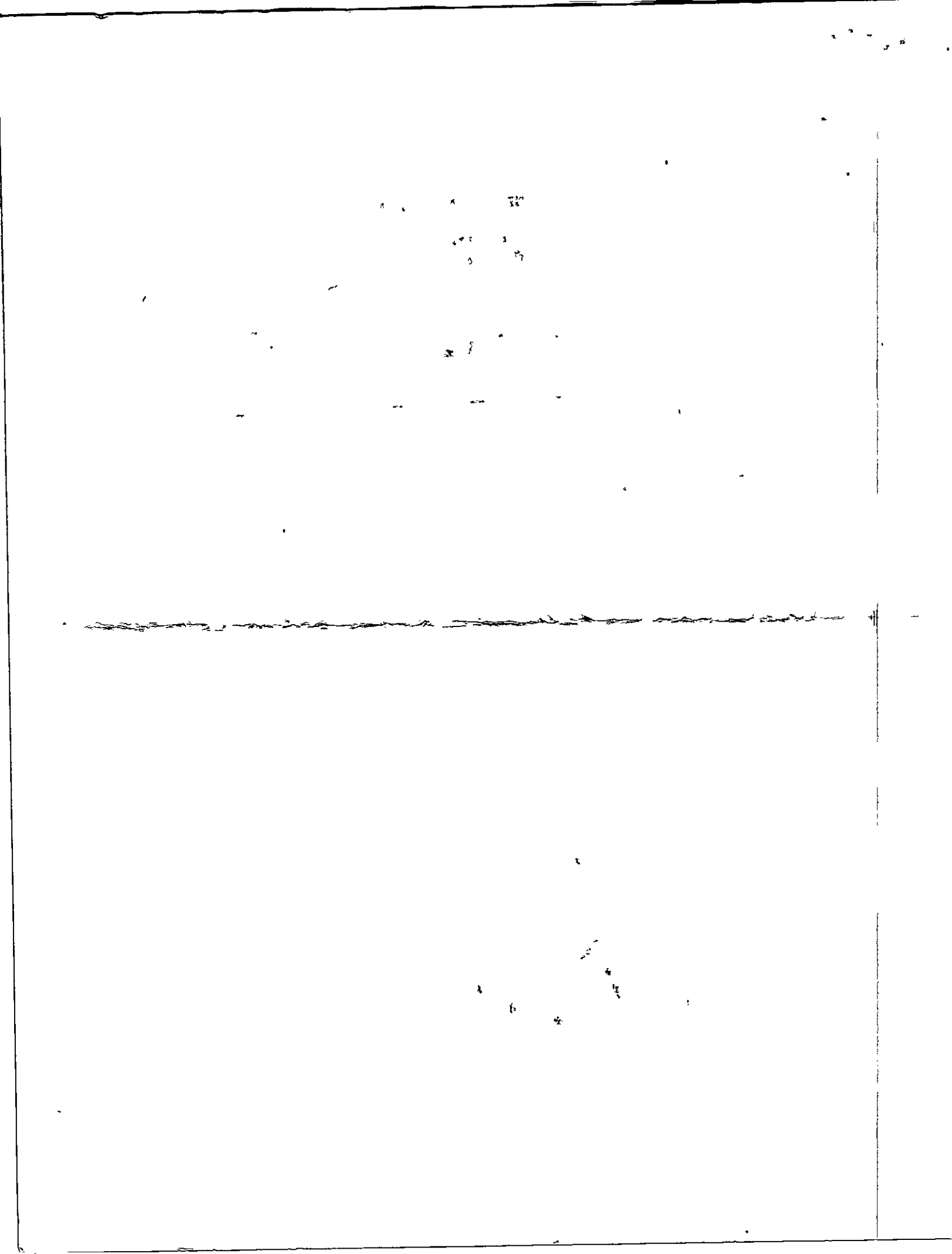
1.50 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

11-DIC-2018 BOGOTA D.C.

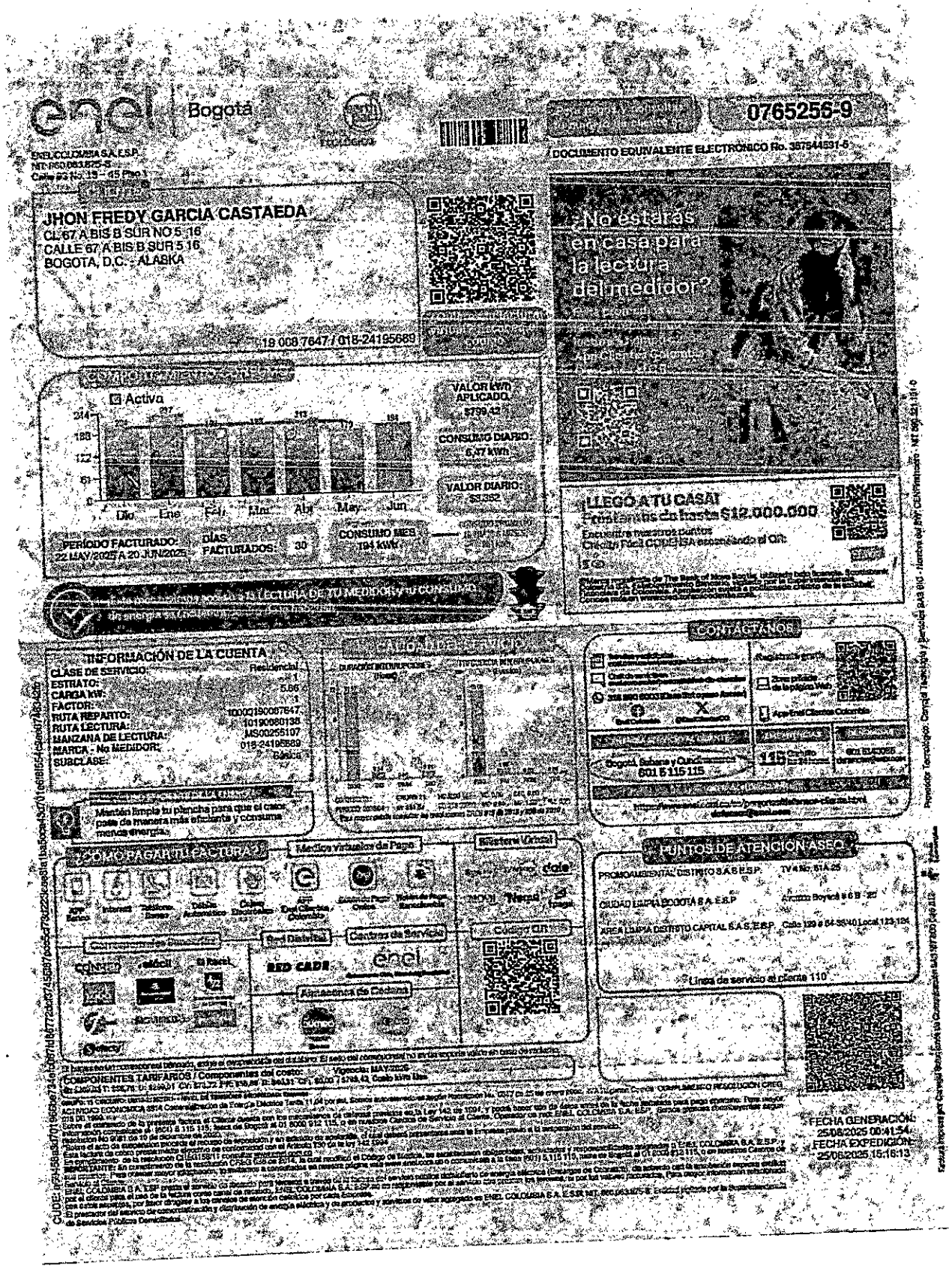
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01054790-F-1001167742-20180111 0064109715A 1 1295263094



76



enel | Bogotá

0765256-9

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 900.063.875-9
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3875445-5

JHON FREDY GARCIA CASTAEDA
CL 67 A BIS B SUR NO 5 16
CALLE 67 A BIS B SUR 5 16
BOGOTA, D.C. - ALASKA

18 008 7647 / 018-24195689

¿No estarás en casa para la lectura del medidor?

Activa

VALOR kWh APLICADO: $799,42
CONSUMO DIARIO: 6,47 kWh
VALOR DIARIO: $3.352

PERÍODO FACTURADO: 22 MAY/2025 A 20 JUN/2025
DÍAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES: 194 kWh

¡LLEGÓ A TU CASA!
Préstamos de hasta $12.000.000
Encuentra nuestros puntos Credi Fácil COLOMBIA escaneando el QR:

Mantén limpia tu plancha para que el calor pase de manera más eficiente y consuma menos energía.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	5,66
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000190087647
RUTA LECTURA:	101900801 38
MANZANA DE LECTURA:	MS00255107
MARCA - No MEDIDOR:	018-24195689
SUBCLASE:	Básica

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Girardot: 601 6 115 115
115 Chat 24 horas

¿CÓMO PAGAR LA FACTURA?

Medios Virtuales de Pago
Sistema Unical
Red Bancaria
Centros de Servicio
Cajeros ATH
Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. TV 4 No. 61A 25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6 B - 22
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54-35/40 Local 123,124

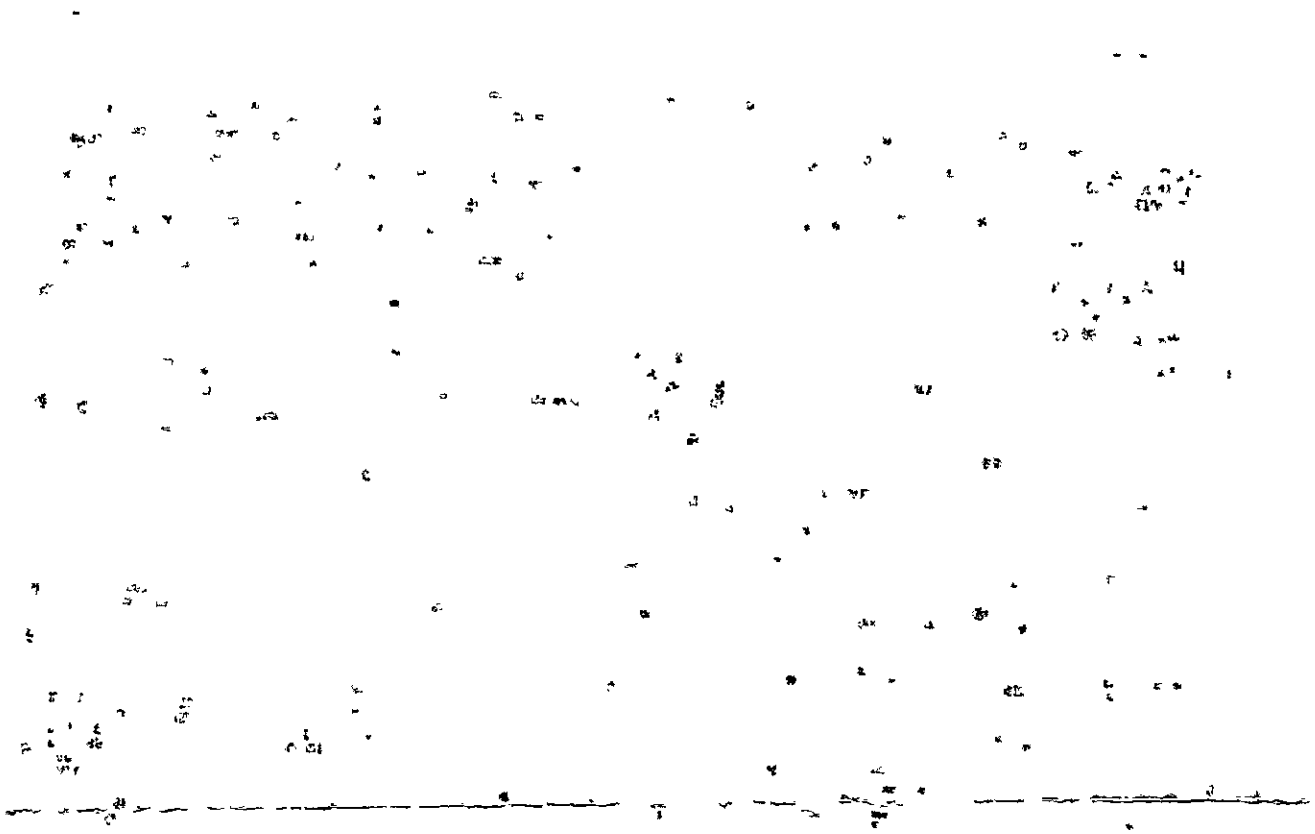
Línea de servicio al cliente 110

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

FECHA GENERACIÓN: 25/06/2025 00:41:54
FECHA EXPEDICIÓN: 25/06/2025 15:16:13

CUDE: 1f2456ba3d701d6f0e21e1cb3b7fa1fd577d2dc3745b97b05c2f7d222d2e681e1ba5ce43d701b6f8f554fa9e67a6b42b

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S NIT 800.221.181-0 - Numeración del SIN: CENFnnnnnn - NIT 860.521.181-0



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

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

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

Unión Temporal Bienestar

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

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

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

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

Yo Gabriela Diaz, identificado con cédula de ciudadanía número 1001167742, de Bogotá D.C autorizó el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino felino de Nombre Yoyi Raza Shitzu Edad: 3 AÑOS

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

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

NOMBRE TUTOR RESPONSABLE: Leidy Gabriela Diaz Contreras

CEDULA: 1001167742

FIRMA: Gabriela Diaz

FECHA: 16/07/2025 JORNADA Esterilización CA: Santa Marta

Unión Temporal Bienestar

Usme

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 48 | MICROCHIP: 900255002880275 | FECHA: 16-07-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: ENZO | COLOR: Blanco/Cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: COCKER | EDAD: SAPO | PESO: 14,7 KG | MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Julieth Natalia Giraldo Caicedo | DIRECCION: cl 65 Sur 11-50 | TELEFONO: 3115703467

CEDULA: 1000 031 652 | CORREO ELECTRÓNICO: nataliagiraldocaicedo@gmail.com

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

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa julio/25

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa DIC 24

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: 114 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 38,1 °c | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de identificación:
Jacobo	1000316592

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.031.652
GIRALDO CAICEDO
APELLIDOS
JULIETH NATALIA
NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-OCT-2000
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-MAR-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-01075386-F-1000031652-20190515 0065378447A 2 1305408440

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999 094 - 1

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 4 CICLO: C4 RUTA: C44109

BIMESTRAL

11648396
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

10399986214
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descargue el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
CIUDADELA SIERRAS DE CIUDADELA

Dirección del predio
CL 65C SUR 11 50 TO 12 AP 403

Barrio: PORVENIR Localidad: USME

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor
Marca IBERCONTA **Tipo** VELOCISC
Serie 0601EB045340 **Diámetro pulgadas** ¾

Período facturado ABR/15/2025 - JUN/12/2025

Pago oportuno JUL/18/2025

Suspensión JUL/23/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
SEP/09/2025	JUL/03/2025 06:42:42	JUL/03/2025 15:18:20

Gracias por tu compromiso. Tu aporte fue fundamental para levantar el esquema de racionamiento.
En www.acueducto.com.co cuidamos el agua para cuidar de ti.

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena.

...lo

...ue 4m³

OCT-DIC	DIC-FEB	FEB-ABR	ÚLTIMO CONSUMO
$38.067	$33.753	$34.016	

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

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este periodo 4.000

Promedio al día 68

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	624	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	620	Base promedio	
Tu consumo este periodo	4	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	IBERCONTA	Tipo	VELO015C
Serie	06015IB045340	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Cerrar la llave cuando te cepilles los dientes.
- Usar la lavadora con la carga completa.
- Recoger el agua de la ducha en un balde mientras esta se calienta.

Tu cobro en este período

Acueducto $20.132,74 (A) + Alcantarillado $14.744,22 (B) + Otros cobros $8.724- (C D E F)

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas con letras de abajo

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período = **Total a pagar** $26.153

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): e84c52cc95e47fbd9e196d6f389a8691d7d1f3f3412c7bacf2b57ff8f5755e11abcd63780f5bbc9aa9532cfab2b66507

DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.504,77	-40	$7.604-	$5.702,86	$11.405,54
Consumo residencial básico (m³)	4,00	$3.636,30	-40	$5.618-	$2.181,78	$8.727,20
Consumo residencial superior básico (m³)						
Consumo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$13.422-		$20.132,74

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.517,81	-40	$3.614-	$2.710,69	$5.421,62
Consumo residencial básico (m³)	4,00	$3.884,40	-40	$6.215-	$2.330,64	$9.322,60
Consumo residencial superior básico (m³)						
Consumo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$9.829-		$14.744,22

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

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico, Ley 99 de 1993

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$17,12	$52,58
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$87,63
Total por consumo facturado	$68	$210

El Mínimo Vital (1,3 m³ bimestrales) de Bogotá beneficia a [illegible]

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$3
D-ben. mín. vital total	$8.727-
Subtotal	8.724-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

The EAAB-ESP sólo tiene convenios con las siguientes bancas: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Tuya, Occidente, AV Villas, Bogotá, Santander y Citi.

Acueducto y Alcantarillado. Valor a pagar $26.153

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

(415)7707200485271(8020)103998902146(3900)0000000026153

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 49	MICROCHIP: 900255002880271	FECHA: 16-07-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Akamaro				COLOR: Blanco	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 1A	PESO: 25.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yeliangel Cardina Veracierta Gonzalez	DIRECCION: Cl 86 A sur 07 este sl	TELEFONO: 3204533051	
CEDULA: PPT: 79777329	CORREO ELECTRÓNICO: yeliangel.veracierta.g@gmail.com		
BARRIO O VEREDA: la Esperanza Sur I	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL		
NS/NR:			

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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

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

4. 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: 119 l/m	F. RESPIRATORIA: 23 r/m	TEMPERATURA: 38.4 °c	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2-6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2-6 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2-6 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1-3 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Yelin Angel Veracierta	1047329

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 7977329

COL

VERACIERTA GONZALEZ
APELLIDOS

YELIANGEL CAROLINA
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

32466363
DNI Nro.

02-10-2006
FECHA DE NACIMIENTO

05-02-2025 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES



FIRMA

E1570792

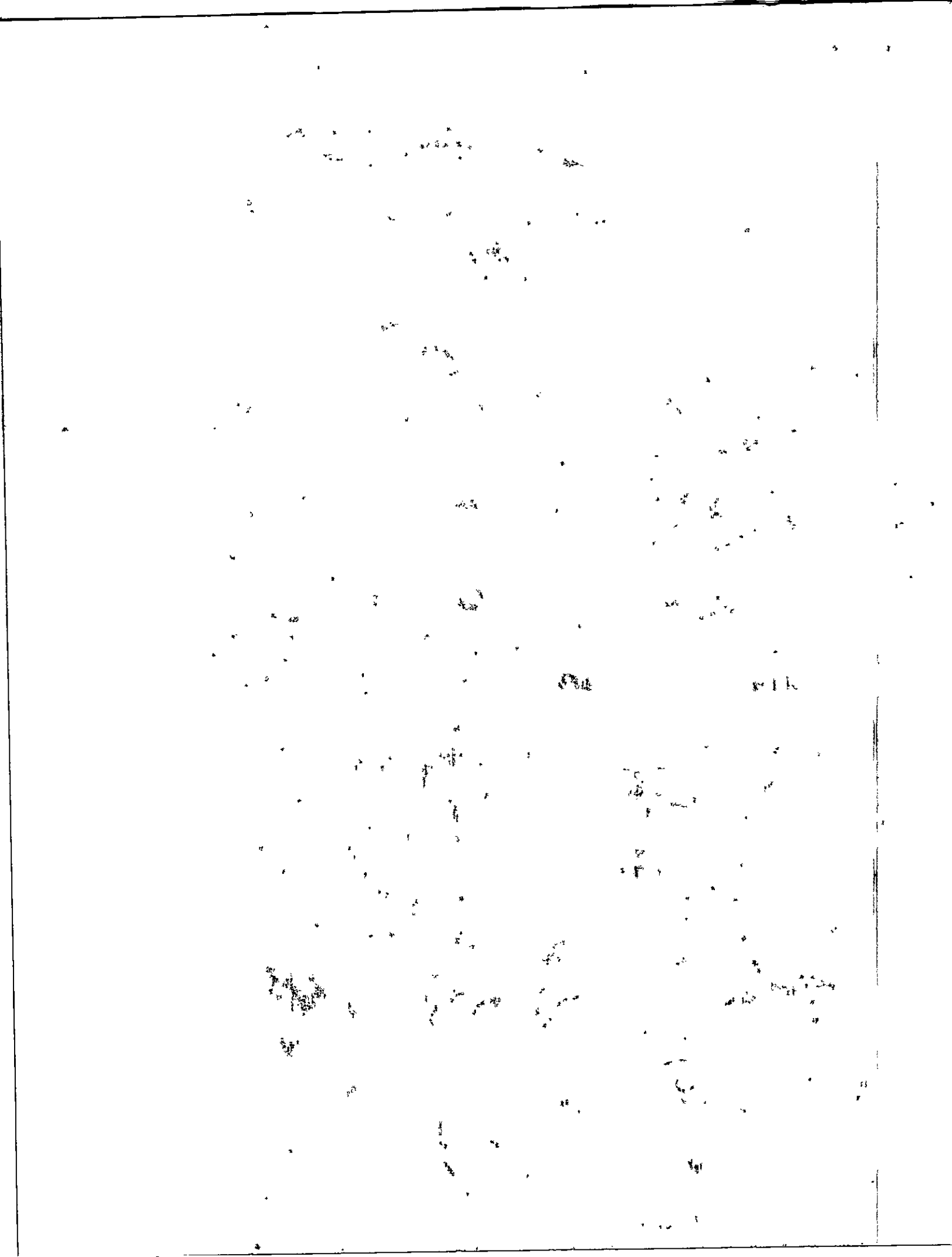
INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Martha Hernández Arango
Directora General (e) de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL7977329<<6<<<<<<<<<<<<<<<
0610021F3105308VENE1570792<<<3
VERACIERTA<GONZALEZ<<YELIANGEL



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: **7378680-3**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 354884265-7

CLIENTE

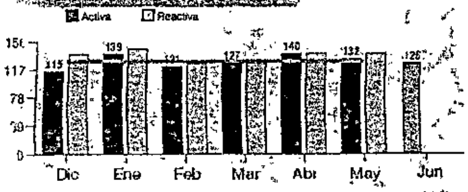
APIROS SAS
CL 86 A SUR NO 07 ESTE 51 TO 13 AP 603
BOGOTA, D.C. - LA ESPERANZA SUR I

04 018 4392 / 117-19046849

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $831,08
CONSUMO DIARIO 4,20 kWh
VALOR DIARIO $3.387

PERIODO FACTURADO: 01 MAY/2025 A 30 MAY/2025
DÍAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES 126 kWh
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 129 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!
Préstamos de hasta $12.000.000
Encuentra nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR.

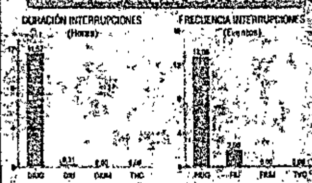
Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a políticas de crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000040184392
RUTA LECTURA:	10040181025
MANZANA DE LECTURA:	MS00260730
MEDIDOR NO:	117-19046849
SUBCLASE:	Básica

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA
Mantén limpia tu plancha para que el calor pase de manera más eficiente y consuma menos energía.

CALIDAD DEL SERVICIO



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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes: enel.com.co/es/personas/solicitudes
Chat de servicio en enel.com.co
315 850 8003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia
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 5140065 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

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

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

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. — TV 4 No. 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 # 54-36/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ABR/2025
G: $296,52 T: $62,20 D: $302,59 CV: $80,04 PR: $60,08 R: $38,36 CF: $0,00 / $831,08 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UN14-63784TR1 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.
Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.
En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 06/06/2025 02:18:32
FECHA EXPEDICIÓN: 06/06/2025 16:28:18

CUDE: ad7c264f019724871b28c2cc2ce...5e27f8c9940a31f...fd3ffdcdd49428213c535a1974b9

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

75

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 50 | MICROCHIP: 900255002880548 | FECHA: 16-07-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dante | COLOR: Blanco Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 11 Meses | PESO: 29 KG | MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Esteban Carvajal Vargas | DIRECCION: Kr 11 67 a Sur 85. | TELEFONO: 3214703424

CEDULA: 1113535073 | CORREO ELECTRÓNICO: meglakatherine46@gmail.com

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

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: 05-25 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa 04-25

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38,2 ºc | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.9 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.9 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1.4 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Juan Esteban Cayuga Vargas	1.113.535.073

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

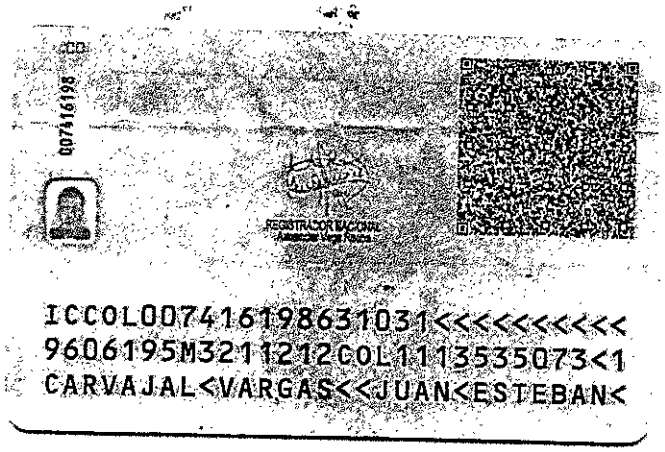
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


CEDULA DE CIUDADANIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.113.535.073
Apellidos
CARVAJAL VARGAS
Nombres
JUAN ESTEBAN
Nacionalidad
COL
Estatura
1.71
Sexo
M
Fecha de nacimiento
19 JUN 1996
G.S.
B+
Lugar de nacimiento
PEREIRA (RISARALDA)
Fecha y lugar de expedición
21 JUL 2014 CANDELARIA
Firma
Fecha de expiración
21 NOV 2032


CO
0074161981
REGISTRADOR NACIONAL
ICCOL0074161981031<<<<<<<<<<<
9606195M3211212COL1113535073<1
CARVAJAL<VARGAS<<JUAN<ESTEBAN<

En las líneas 116 y 123 puede reportar:

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

Punto retirado de hidrante para evitar contacto con agua contaminada, permanente de los servicios de acueducto y alcantarillado e incluso puede generar interrupciones en el servicio.

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 4 CICLO: C4 RUTA: C44109A

BIMESTRAL

11798022
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17184819815
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
ANA OLGA AYA LEON

Dirección del predio
KR 11 67A SUR 85 TO 7 AP 201

Barrio: PORVENIR Localidad: USME

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor
Marca IBERCONTA **Tipo** VELOCIDAD
Serie 09015IB002103 **Diámetro pulgadas** ½

Período facturado ABR/15/2025 - JUN/12/2025

Pago oportuno JUL/18/2025

Suspensión JUL/23/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
SEP/09/2025	JUL/03/2025 06:42:53	JUL/03/2025 15:11:40

¡Gracias por tu compromiso. Tu aporte fue fundamental para levantar el esquema de racionamiento.
En www.acueducto.com.co cuidamos el agua para cuidar de ti.

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

13300 187915 9273

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 9 m³



OCT-DIC-	DIC-FEB	FEB-ABR	ÚLTIMO CONSUMO
$55.498	$51.225	$56.025	

En este período consumiste más agua que en el anterior

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
10.000	169

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	904	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	894	Base promedio	
Tu consumo este período	10	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	IBERCONTA	Tipo	VELO015C
Serie	09015IB002103	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Cerrar la llave cuando te cepilles los dientes.
- Usar la lavadora con la carga completa.
- Recoger el agua de la ducha en un balde mientras esta se calienta.

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros
$33.223,54		$28.727,62		$21.819-
A		B		C D E F

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas con letras de abajo

Escanea y paga virtual

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

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

= **Total a pagar** $40.132

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 98afb1c631161a5b71a5717c5c7b041e19d610433e46d9dd2441bb567a96197cef58401b79cd8156bf278086c5f57c72

DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-1001030-10 EAB-ESP

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

Detalle de tu consumo este bimestre

	A Acueducto Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)	B Alcantarillado Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.504,77	-40	$7.604-	$5.702,86	$11.405,54	2,00	$4.517,81	-40	$3.614-	$2.710,69	$5.421,62
Consumo residencial básico (m³)	10,00	$3.638,30	-40	$14.545-	$2.181,78	$21.818,00	10,00	$3.884,40	-40	$15.536-	$2.330,64	$23.306,00
Consumo residencial superior básico (m³)												
Consumo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$22.149-		$33.223,54				$19.152-		$28.727,62

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

Tasas ambientales

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$17,12	$52,58
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$87,63
Total por consumo facturado	$171	$526

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá le da a cada hogar económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada bimestre facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. Ya está dentro

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$1-
D-ben. min. vital total	$21.818-
Subtotal	21.819-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago · puntored

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

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

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$40.132

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

(415)7707200485271(8020)971545196154639000000040132

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 51 | MICROCHIP: 900255002879885 | FECHA: 16-07-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bruno | COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Husky Siberiano | EDAD: 2 años | PESO: 20,5 KG | MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yeni Paola Pabon Novoa | DIRECCION: Tv 7a este 88 b sur 26 | TELEFONO: 3133281636

CÉDULA: 1022 972 694 | CORREO ELECTRÓNICO: Paola 012227@gmail.com

BARRIO O VEREDA: San Felipe usme | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 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	2.0 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.0 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.0 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1.0 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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:
Yeni Paola Pabon Nuño	1022972694

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.022.972.694

PABON NOVOA

APELLIDOS

YENI PAOLA

NOMBRES



Yeni Pabon

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1991

BOGOTA D.C

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

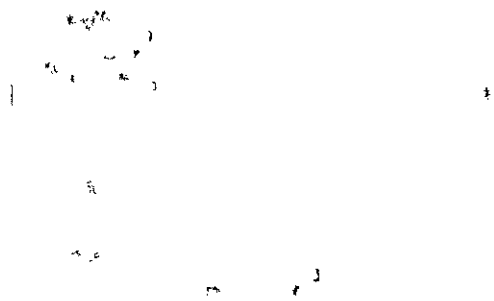
02-DIC-2009 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01005461-F-1022972694-20160510 0061154471A 1 1334952129



enel Bogotá

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

2305280-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 352244934-7

ALCIRA TORRES MORALES
TV 7 A ESTE NO 68 B SUR 26 PI 1
SAN FELIPE
BOGOTA, D.C. - SAN FELIPE USME

03 004 8707 / 065-846526

CONSUMO MENSUAL CONSUMO

Activa

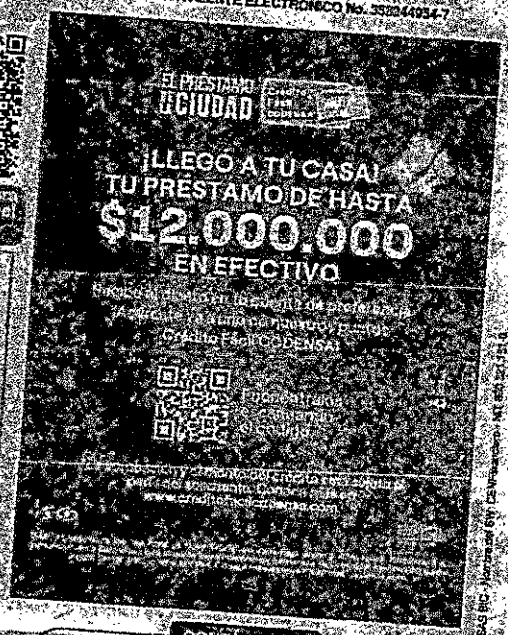
288
216
144
72
0

Ene Feb Mar Abr May Jun Jul

VALOR kWh APLICADO: $799,42
CONSUMO DIARIO: 9,10 kWh
VALOR DIARIO: $5.467

PERIODO FACTURADO: 30 MAY/2025 A 28 JUN/2025
DÍAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES: 273 kWh

¡Este mes tuvo más bombo! Mira la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de enero a la semana (hasta el 28 de junio)



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10003003040707
RUTA LECTURA:	10030040600
MANZANA DE LECTURA:	MS20240457
MARCA - No MEDIDOR:	065-846526
SUBCLASE:	Básica

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Cuentas)

USO EFICIENTE DE ENERGÍA

Cuando salgas de viaje recuerda desconectar tus electrodomésticos para reducir el consumo de energía.

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 6 115 115
115 Gratis desde 24 líneas
601 514 0069

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. TV 4 No. 51A 68
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 81 - 11
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54-36/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

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

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 indicada para pago oportuno. Para mayor información consúltenos al (601) 6 115 115, 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. 0047 de 05 de enero 2022. TVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 101 048 de 2013. Sobre el tratamiento de datos personales consulte nuestra política en nuestra página web www.enel.com.co o comuníquese 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 prestará el servicio de retiro para terminar o revertir de la factura que incluya cobro(s) de energía eléctrica (Empresa de Comercialización) de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. E.N.E.L. COLOMBIA S.A. ESP no se responsabiliza por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos servicios, por favor diríjanos a los canales de atención dedicados 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, vigilada y/o controlada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 03/07/2025 01:45:02
FECHA EXPEDICIÓN: 03/07/2025 13:12:18

Factura impresa por Derceli Soluciones de Comercialización NIT 900.004.918

Proveedor Tecnológico: Derceli Tecnología y Servicios S.A.S. BIC - Autorización DIAN No. 18760000649 - Fecha: 2024-12-19

CUDE: 0855a5e1f2a0c3c0647191b85c0ae1a0bac9f6e5e9838af7f1c25c9c5d6ee8e8e907a8e8b6d9f0e26e5507f2d1bee

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 52 | MICROCHIP: 900255002879886 | FECHA: 16.07.25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chels | COLOR: Beige Gris

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 3 años | PESO: 11,7 KG | MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yeni Paola Pabon Novoa | DIRECCION: Tv 7a este 88 b sur 26 | TELEFONO: 3133281636

CEDULA: 1022 977 694 | CORREO ELECTRÓNICO: Paola012227@gmail.com

BARRIO O VEREDA: San Felipe Usme | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: 12.24 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa 01.25

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m | F. RESPIRATORIA: 26 r/m | TEMPERATURA: 38,2 ºc | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.2 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.6 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Geni Paola Pabon Nocua	1022 992 694

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.022.972.694
PABON NOVOA
APELLIDOS
YENI PAOLA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

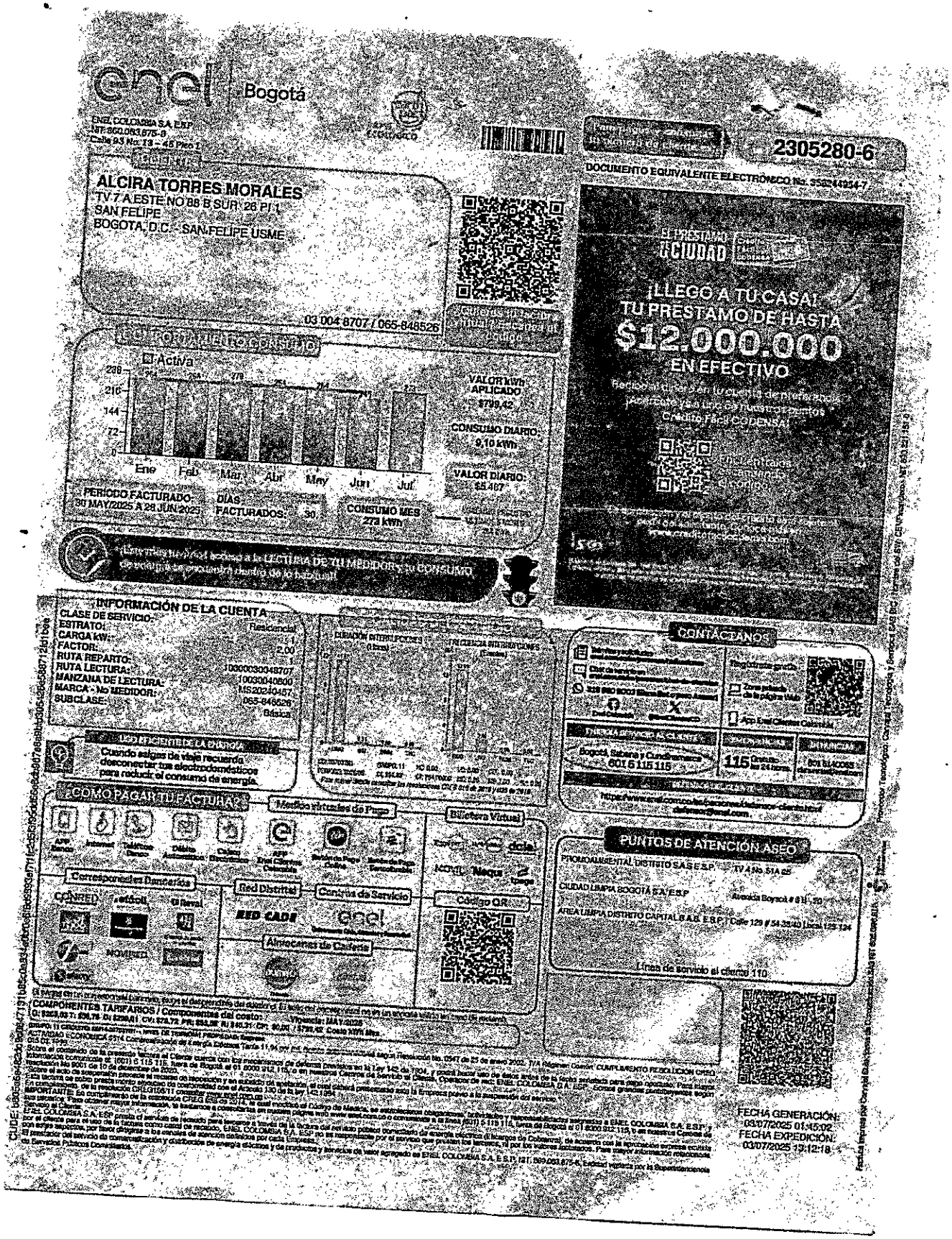
FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1991
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-DIC-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01005461-F-1022972694-20160510 0061154471A 1 1334952129



enel Bogotá

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

2305280-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3502449214-7

ALCIRA TORRES MORALES
TV 7 A ESTE NO 88 B SUR 26 PI 1
SAN FELIPE
BOGOTA, D.C. - SAN FELIPE USME

03 004 8707 / 065-848526

HISTORIAL DE CONSUMO

Activa

236 216 144 72 0

Ene Feb Mar Abr May Jun Jul

VALOR kWh APLICADO: $799,42
CONSUMO DIARIO: 9,10 kWh
VALOR DIARIO: $5.467

PERIODO FACTURADO: 30 MAY/2025 A 28 JUN/2025
DÍAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES: 273 kWh

¡Este mes tu factura incluyó la LECTURA DE TU MEDIDOR y su CONSUMO de energía se ajustó al mundo de lo habitual!

EL PRESTAMO CIUDAD

¡LLEGO A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000
EN EFECTIVO

Regístrate en línea y en tu cuenta de ahorro Bancolombia
¡Aprueba y recibe tu dinero en minutos! 24/7/365
Crédito Fácil COOPENSAP

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000030048707
RUTA LECTURA:	10030048000
MANZANA DE LECTURA:	MS20240457
MARCA - No MEDIDOR:	065-848526
SUBCLASE:	Básica

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Cuando salgas de viaje recuerda desconectar tus electrodomésticos para reducir el consumo de energía.

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Veces)

CONTÁCTANOS

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115

115 Opción 1 en 24 horas

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. TV 4 No. 51A 62
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 81I - 33
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54-38 40 Local 123-124

Líneas de servicio al cliente 110

CÓMO PAGAR TU FACTURA

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

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

ESTIMADO ECONÓMICO 5514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,94 por no ficción

Sobre el contenido de la presente factura, el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y para hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate a: (601) 5 115 115, línea de Bogotá, en el 601 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operamos de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP.

Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa dentro de los cinco días siguientes a la fecha de publicación de la factura. Para mayor información comunícate a: (601) 5 115 115, línea de Bogotá, en el 601 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operamos de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP.

Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa dentro de los cinco días siguientes a la fecha de publicación de la factura. Para mayor información comunícate a: (601) 5 115 115, línea de Bogotá, en el 601 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operamos de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Contra el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa dentro de los cinco días siguientes a la fecha de publicación de la factura. Para mayor información comunícate a: (601) 5 115 115, línea de Bogotá, en el 601 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operamos de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Contra el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa dentro de los cinco días siguientes a la fecha de publicación de la factura. Para mayor información comunícate a: (601) 5 115 115, línea de Bogotá, en el 601 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operamos de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038/14, se dará inicio al Cobro de Mora, se estableciendo consecuencias, beneficios y responsabilidades asociadas a ENEL COLOMBIA S.A. ESP., y ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de reparto para llevarte la factura de energía a tu casa u oficina. Si quieres hacer uso de este antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate a: (601) 5 115 115, línea de Bogotá, en el 601 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operamos de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP.

FECHA GENERACIÓN: 03/07/2025 01:45:02
FECHA EXPEDICIÓN: 03/07/2025 12:12:18

Resolución Técnológico Comercial Tecnológico y Servicios S.A.S. BIC | Contrato 100 ATV CENTRO Bogotá, NIT 860.063.875-8

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 53 | MICROCHIP: 900255002879879 | FECHA: 16-07-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Toby

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Pinchei | EDAD: 3 AÑOS | COLOR: Negro Blanco

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 X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Claudia Patricia Guerrero Nova

DIRECCION: Cll 91 b sur 13 g este 34 | TELEFONO: 3115044342

CEDULA: 52 377 339

CORREO ELECTRÓNICO: claudiaguerrero414@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Juan Jose | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Tecnico

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: Marzo/25

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa Marzo/25

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 119 l/m | F. RESPIRATORIA: 20 r/m | TEMPERATURA: 3 °c | TLLC 1 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	Dra. Laura Abaunza TP.22926	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
LINDA SOLANO	52 377 339

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

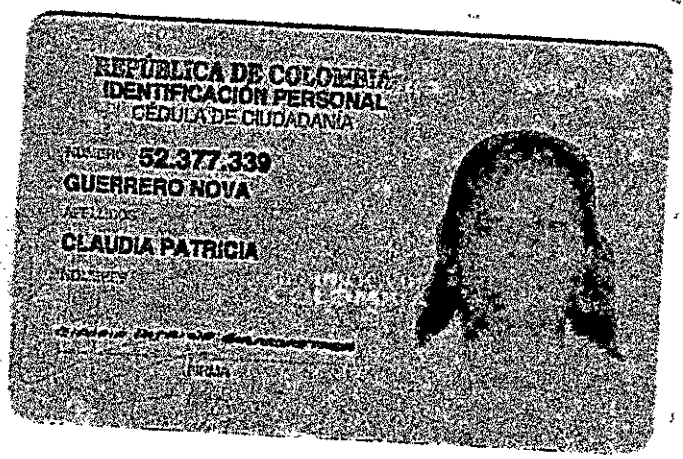
AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

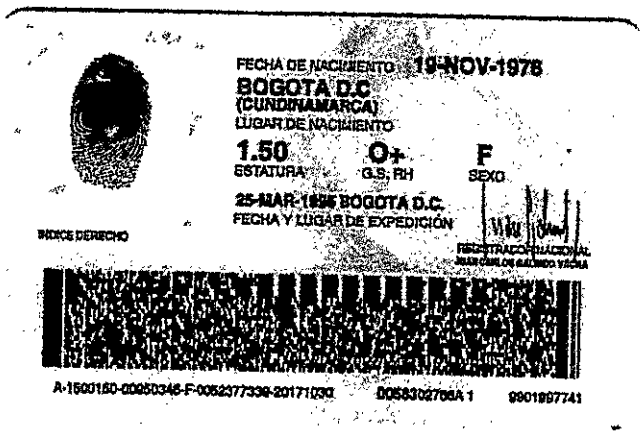
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

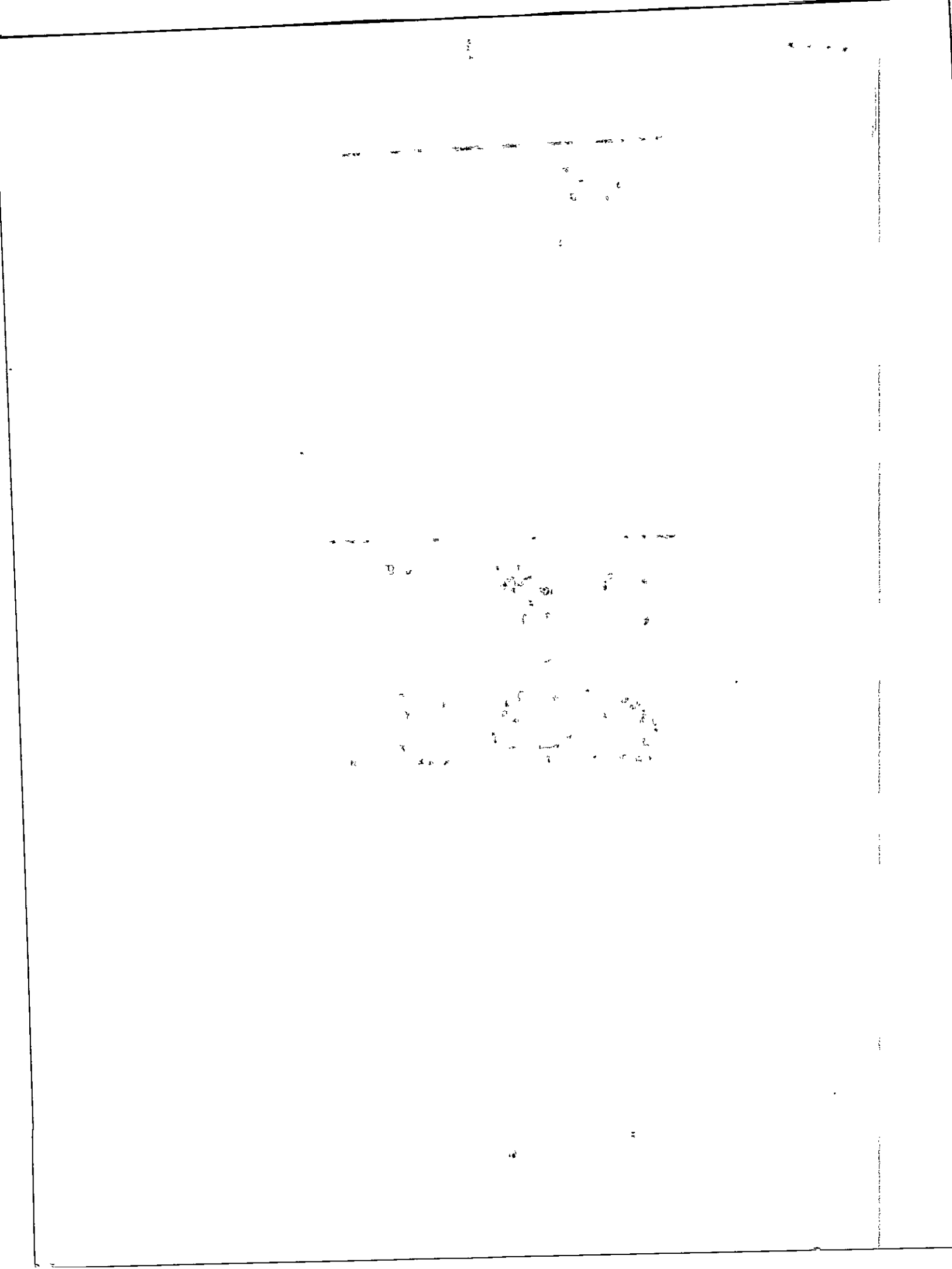
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

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

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 52.377.339
GUERRERO NOVA
APELLIDOS
CLAUDIA PATRICIA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 19-NOV-1978
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
25-MAR-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-1500150-00950348-F-0052377339-20171030 0058302766A 1 9901997741



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

12721995
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11784036110
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descargue la Factura en Formato Electrónico

Período facturado ABR/20/2025 - JUN/18/2025

Pago oportuno JUL/23/2025 Suspensión JUL/28/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
SEP/13/2025	JUL/09/2025 08:20:08	JUL/09/2025 12:21:13

¡Hola!

Factura a nombre de
CLAUDIA PATRICIA GUERRERO NOVA

Dirección del predio
CL 91B SUR 13G ESTE 34

Barrio: JUAN JOSE Localidad: USME

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca G2 MEDIATORI Tipo VELOCIDAD
Serie 23-671232 Diámetro pulgadas ½

Gracias por tu compromiso. Tu aporte fue fundamental para levantar el esquema de racionamiento.
En www.acueducto.com.co cuidamos el agua para cuidar de ti.

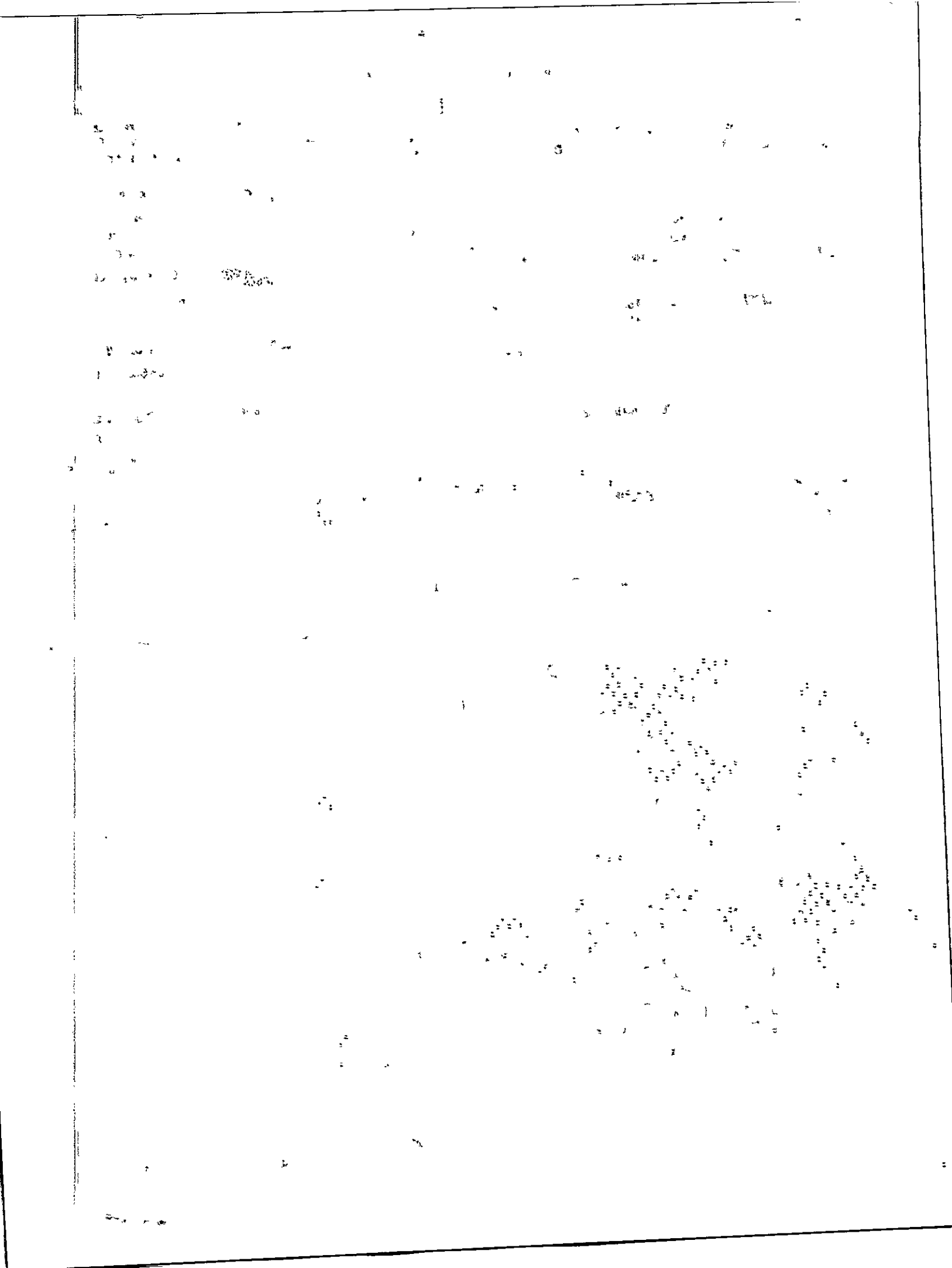
En este período consumiste más agua que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

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.

125079 61860



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica: 54 | MICROCHIP: 900255002879887 | FECHA: 16-07-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Danger

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA Pincher EDAD 1 AÑO COLOR: Negro | Amarillo

PESO: 4.5 KG MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Claudia Patricia Guerrero Nova

DIRECCION: Cl 91 B Sur 13G Este 34 TELEFONO: 3115044342

CEDULA: 52 377 339

CORREO ELECTRÓNICO: claudiaguerrero414@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Juan José ESTRATO: 1 LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa Ene/25

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa Mar/20/25

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m | F. RESPIRATORIA: 21 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosada

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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
CINDY CUELLAR	52372339

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

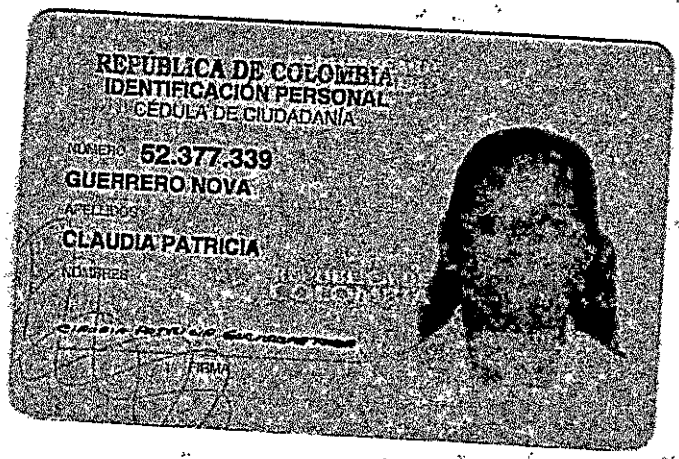
AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

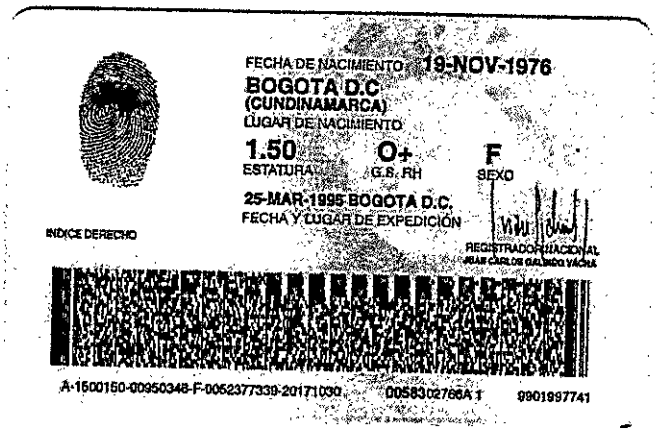
Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.377.339
GUERRERO NOVA
APELLIDOS
CLAUDIA PATRICIA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-NOV-1976
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
25-MAR-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JAIME CARLOS GUALDRÓN VACHA
INDICE DERECHO

A-1500150-00950348-F-0052377339-20171030 0058302766A 1 9901997741



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

12721995
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11784036110
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Periodo facturado ABR/20/2025 - JUN/18/2025

¡Hola!

Factura a nombre de
CLAUDIA PATRICIA GUERRERO NOVA

Dirección del predio
CL 91B SUR 13G ESTE 34

Barrio: JUAN JOSE Localidad: USME

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Residencial
Estrato: 1
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor
Marca 02 MISURATORI Tipo VELO015R200
Serie 23-671232 Diámetro pulgadas ½

Pago oportuno JUL/23/2025 Suspensión JUL/28/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
SEP/13/2025	JUL/09/2025 08:20:08	JUL/09/2025 12:21:13

Gracias por tu compromiso. Tu aporte fue fundamental para levantar el esquema de racionamiento.
En www.acueducto.com.co cuidamos el agua para cuidar de ti.

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena.

125079 61860

