Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

HC		NO	FECHA:
01	900255003213969		29-10-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Molly.				COLOR: Negro cafe.	
ESPECIE: CANINO X FELINO ____	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Rottweiler	EDAD 2 A	PESO: 40 KG	MANEJO ESPECIAL: SI X NO __
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO ____ MIXTO OTRO Beef.	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO ____REGALADO X PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mario Andres Medellu Vergara	DIRECCION CLL 88 No 956-5.	TELEFONO 3173770775
CEDULA: 1015430081	CORREO ELECTRÓNICO: medellu9803@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Bachue	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Tecnologo NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
06-2025.	08-2025.	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/2024. 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. X II. III. IV. V. VI. E.	CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
120 l/m	20 r/m	38,0 °c	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	4,5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	1,5 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	10 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.6 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	Gina Alexandra Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Maria Torres MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1015430081

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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 DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR ☐ DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.015.430.081**

MEDELLIN VERGARA

APELLIDOS

MARIO ANDRES

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **20-MAR-1992**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

24-MAR-2010 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00437961-M-1015430081-20130605 0033249497A 1 1632360174

Por favor doble y rasga para abrir la factura



Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Rancolombia

pse · Botón PSE · Botón Bancolombia · vanti. Paga línea de venta factura · Escanea para pagar tu factura

Síguenos en nuestras redes sociales como @grupovanti y conoce nuestros productos.

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA · Corresponsales Sociedad Colpatria · Corresponsales Caja de Bogotá · Corresponsales Banco Davivienda · Red CADE · Banco GNB Sudameris · Gestores Sigue Punto Efecty, Laredo, Éxito

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 puntos de atención más cercanos a tu ruta

Por favor doble y rasga para abrir la factura

¡Hola!

OMAR ERNESTO OLARTE
CL 88 95G 15 00109
000000

vanti
Más formas de avanzar

Medidor Gas N° 5077198-54358

Cuenta o referencia de pago **60791414**

vanti Listo

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

Tu cupo de crédito aprobado
0



Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7 a.m. a 8 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8171
Barrancabermeja (607) 585 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones en línea de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Oficina virtual
www.grupovanti.com/oficinavirtual

Por favor doble y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Junio 2025

Cuenta o referencia de pago: 60791414

NIT 8000078135
VANTI S.A. ESP

vanti

Más formas de ahorrar

Fechas importantes

1 Pago oportuno
26 Jun. 2025

2 Fecha de suspensión
27 Jun. 2025

3 Periodo facturado
May. - Jun. 2025

4 Emisión de tu factura
12 Jun. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad/ Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. COMBUSTIBLE	4m3	3.338,64	0,00	13.354,56
APORTE SUBSIDIO 100%	1UN	-1.947,00	0,00	-1.947,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,87	0,00	0,87

1 Total 15.460,00

Tus financiaciones

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

2 Total 0,00

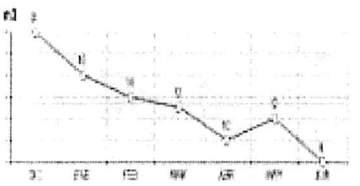
3 Valor facturas vencidas: 0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: 15.460,00

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso: Residencial Estrato/Cat.: Dos Días de consumo: 33

Fecha	Lectura	Tipo
09 May. 2025	8.564	REAL
10 Jun. 2025	8.575	REAL

m³ consumidos: 11 Factor de corrección: 0,9

Tu próxima lectura será

Entre 04 y el 09 de Julio

Novedades de tu factura

Revisión Periódica Obligatoria

Fecha próxima revisión
31 Ene. 2026

Tarifas

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

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



(415)7709998026025(8020)60791414(3900)00000000015460

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

HC: 02	MICROCHIP: SI Expiry-Date:2030/07/26 900255003213955	FECHA: 29-10-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN X CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Cuqui			COLOR: Negro / Beige
ESPECIE: CANINO X FELINO ____ SEXO: HEMBRA ____ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 2A	PESO: 14.7 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO ____ MIXTO X OTRO ____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X ____COMPRADO____ADOPTADO ____ REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Ines Gonzalez Vargas	DIRECCION Kr 74 Bis 64 F 50	TELEFONO 3023204881.
CEDULA: 51.956.719	CORREO ELECTRÓNICO: 3023204881@SIN correo.com.	
BARRIO O VEREDA Encanto / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud en celo

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Octubre 2025	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: N/R	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/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. X II. III. IV. V. VI. E.	CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38,2 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: ——

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,6 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3,8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,14 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	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Munoz Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	5195679

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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 DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR ☐ DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **51.956.719**

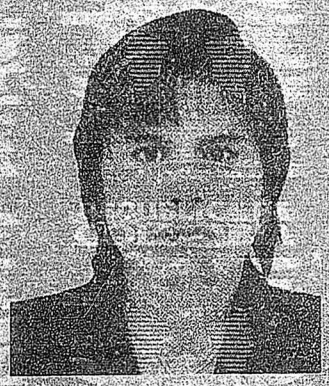
GONZALEZ VARGAS

APELLIDOS

MARIA INES

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-JUL-1969**

VIOTA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-FEB-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

A-1500150-01423536-F-0051956719-20240227 **0138833070A 2** 9926777547

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

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibirla por correo desde el próximo mes.

Dile adiós al papel y empieza a recibir tu factura Vanti en tu correo.

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil transferir

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

Pagá 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

Redebán · Itaú* · Bancolombia · BBVA* · Scotiabank Colpatria* · Banco AV Villas* · Banco GNB Sudameris* · Bancolombia* · Banco Falabella* · Banco Pichincha* · Banco Caja Social* · Nequi · Davivienda* · Daviplata · Rappi pay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo - Móvil: 164 ó 01 8000 919 052 01 8000 181 164

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7048/27082025 VANTI

¡Hola!

MARIA INES GONZALEZ
KR 74 BIS 64F 50 00302 - ENCANTO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007113-895849

Lote: P14GN **Ruta:** 0011380133760005000 **Código del Sector:** 221

Cuenta o referencia de pago **61913821**

vanti Listo

Compra televisor, comedor, nevera, moto y mucho más y pagá sin tarjeta de crédito desde tu factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 5.300.000**



vanti Listo

Compra y podrás recibir un descuento de $100.000 sobre el valor de tu compra, si es igual o mayor a $2'500.000

Lo verás reflejado en tu próxima factura de gas natural.

*No aplica para motos.
Campaña válida del 12 de septiembre al 18 de octubre de 2025 o hasta agotar existencias

Paga hasta en 60 cuotas a través de tu factura de gas natural

TECHNOSPORT · GrupoMerpes · Multintegral · Mansión Electrodomésticos · SUPERMOTAS

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. Aplica TYC de campaña consúltalas en: grupovanti.com/vantilisto/celebraciones.

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.

221 0011380133760005000 P14GN

Factura de gas

Septiembre 2025

Cuenta o referencia de pago **61913821**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

NIT: 800.007 813-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: **07 Oct. 2025**

2 — Fecha de suspensión: **08 Oct. 2025**

3 — Periodo facturado: **Ago. - Sep. 2025**

4 — Emisión de tu factura: **22 Sep. 2025**

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	5M3	2.718,81	0,00	13.594,05
FIJO	1UN	4.169,00	0,00	4.169,00
AJUSTE DECENA	1UN	-3,05	0,00	-3,05

1 — Total **$17.760,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

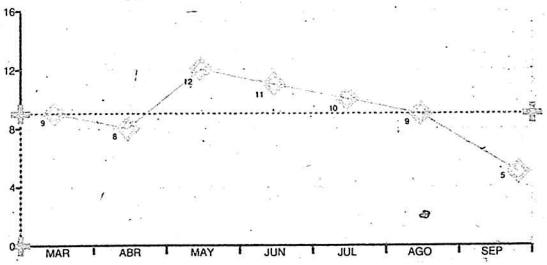
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$17.760,0**

Paga por PSE

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat. Tres — Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
20 Ago. 2025	2914	REAL
17 Sep. 2025	2921	REAL

m³ corregido= 2921 - 2914 * Factor de corrección = 5

Tu próxima lectura será

Entre 14 y el 19 de Octubre

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com,
valor sugerido $ 1776
Estimado cliente recuerde que tiene entre May/2025 y el 31/10/2025 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/11/2025 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Oct. 2025

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2719.

Jun. $2881 Jul. $2710 Ago. $2804

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

Componentes tarifarios

Gm: 1496.13 Trm: 541.93 Dm: 611.2 Cm: 2718.81
.p: 69.55 Cvm: 0.0 Cufm: 4169.0 Cuvm: 2718.81
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 59 kWh y el precio unitario del kWh es: $301.069

Factor de corrección

Vm: 7 Kp: 0.76865 Kt: 1.00617 Ft: 0.77339
Vc: 5 Tm: 13.79 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.0234 F² pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77339

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)61913821(3900)00000000017760

31/03/2025. Facturación electrónica desde Nº 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Consigl Tecnología y Servicios S.A.S. BIC Nit. 800.121.151-9

UFE:47480814401f55b8be11ef7b65b01e123f7b5f693c7ed545a5a5448fed1ace850d6264158a13332c438684e84d321e198eb Factura No. F15B64847438

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
03	Expiry-Date:2030/07/26 900255003213982	29-10-25.

ORIGEN : CES PROTECCIÓN X CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
SKY		Gris/Beigel Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ____	SEXO: HEMBRA ____ X MACHO	RAZA Husky	EDAD 7B	PESO: 22.7 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO__

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO ____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Maria Ines Gonzalez Vargas	Kr 74 Bis 64 F 50	3108773486

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
51956779	marinesita2@gmail.com.

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Encanto	3	ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_

3. ANAMNESIS

Buena salud.

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 130 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38,2 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: rosadas.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2,4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina.	1. ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	7 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,22 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	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	51956719

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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 DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR ☐ DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 51.956.719

GONZALEZ VARGAS

APELLIDOS

MARIA INES

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-JUL-1969

VIOTA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

28-FEB-1989 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-01117401-F-0051956719-20191203 0069156998A 1 9910985818

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **6181130-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 367714972-7

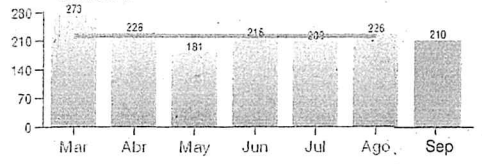
CLIENTE

MARIA INES GONZALEZ VARGAS
KR 74 BIS NO 64 F 50 PI 3
PISO 3
BOGOTA, D.C. - EL REAL

17 506 3066 / 256562

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $798,17

CONSUMO DIARIO: 7,24 kWh

VALOR DIARIO: $5.243

PERÍODO FACTURADO: 21 AGO/2025 A 18 SEP/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 210 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 222 kWh

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

Realiza tus trámites de forma fácil y segura.

Ingresa en la zona privada de enel.com.co y podrás:

- Pagar seguro por PSE.
- Consultar facturas, consumos y más.

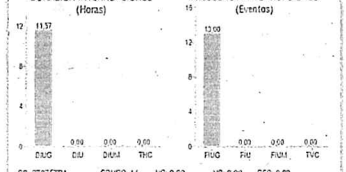
Solo necesitas registrarte, iniciar sesión y asociar tu cuenta con los dígitos del medidor después del guion.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	9.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005175063066
RUTA LECTURA:	35175110463
MANZANA DE LECTURA:	MS00560423
MEDIDOR NO:	256562
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO 37075TR1 GRUPO 11 HC 0.00 VC 0.00 CEC 0.00
PERIODO: 2025.07 DI: 257.42 CF: 209.00000 NC: 0.00 NF: 1.00 %t: 0.20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 690 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Revisa tus cables regularmente. Mantenerlos en buen estado es una forma sencilla de asegurar un entorno confiable y libre de riesgos.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de pago PSE en Zona Privada enel.com.co · Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual

daviplata · dale! · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · efácil · Reval · Baloto · Supergiros · Su Red de Aliados en Colombia · MOVIRED · puntored · efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel Únicamente Chía, Girardot y Facatativá

Almacenes de Cadena

Jumbo · Metro

Código QR

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

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: AGO/2025
G: $273,42 T: $56,93 D: $290,01 CV: $75,19 PR: $55,46 R: $46,16 CF: $0,00 / $798,17 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: FR22-37075TR1 - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.
Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG155/11 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: 24/09/2025 00:57:41
FECHA EXPEDICIÓN: 24/09/2025 11:56:57

CUDE: a26a9971452414a3c92c81a84b2078866a279941 4db3fadf69ba0ba0d7b3c544ee8d309fc48800f5794031841069cd3

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

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación, S.A.S. NIT 800.069.812-8.

1 Total Energía $152.050 + 2 Portafolio Enel X $14.200 = Total a Pagar $166.250

PAGO OPORTUNO 03 OCT /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 07 OCT/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 6181130-9

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 21 OCT /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CALCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	-	Lectura Anterior	=	Diferencia (Lectura)	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	25.980		25.770		210		1		210	210		$798,17		$167.615
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$280,01		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $798,1685		X		Beneficio -15.00 %					-$15.564
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $5.243 DIARIOS												SUBTOTAL:		$152.051

Otros cobros asociados a energía

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

Consumos + Otros cobros asociados a energía 1 TOTAL ENERGÍA: $152.050

Otros cobros de productos y servicios

Asistencia Protección Luz 360	$14.200

enel x

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo 2 TOTAL OTROS: $14.200

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.863

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -15.00 %

Ellos también son familia.

Ahora el plan Asistencia Funeral 360 Premium + Mascotas incluye cobertura para ti y todos los que amas.

Afíliate llamando al:

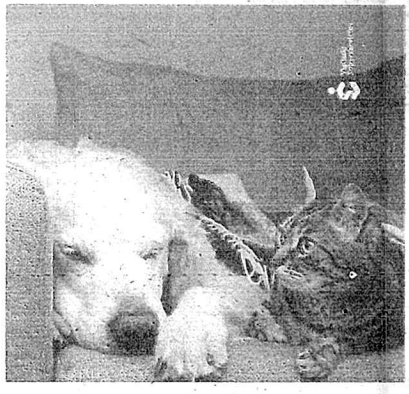
(601) 7447474.

Ingresa a: **www.enelxstore.com**

o escanea el QR:

enel x

Enel X es una línea de negocios de Enel Colombia S.A. ESP con NIT 860.063.875-8 que hace parte del Grupo Enel y actúa como el prestador del servicio de comercialización, distribución y generación de energía eléctrica y comercializador de gas combustible. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. Las asistencias ofrecidas a los clientes de enel son prestadas por AXA ASISTENCIA COLOMBIA S.A. NIT 800.244.309-1.



101 – 302 – 403

NÚMERO DE CLIENTE 6181130-9

cumento Equivalente Electrónico No. 367714972-7

(415)7707209914253(8020)016181130936771497 27(3900)00000000166250

PAGO OPORTUNO 03 OCT /2025

TOTAL A PAGAR $166.250

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

HC: 04	MICROCHIP: 900255003213932	FECHA: 29/10/25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Canela			COLOR: amarillo
ESPECIE: CANINO X FELINO ____ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 2A	PESO: 14.4 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO ____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Elisa Payoma	DIRECCION: CL 73B #116C-10	TELEFONO: 3123970747
CEDULA: 52'985.943	CORREO ELECTRÓNICO: payomaelisa@gmail.com	
BARRO O VEREDA: Villas de granada I / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
SCP 2025	octubre/25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa SCP/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. 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.	CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38,0 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: rosadal

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,16 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,5 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,14 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	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	52.995.943

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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 DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR ☐ DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.985.943**

PAYOMA

APELLIDOS

ANA ELISA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-SEP-1982**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

19-FEB-2001 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00766341-F-0052985943-20151124 0047496938A 1 1521812737

Compra en: tienda éxito

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. Aplica condiciones de la política de financiación; consúltala en: grupovanti.com/vantilista.

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

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibirla por correo desde el próximo mes.

Dile adiós al papel y empieza a recibir **tu factura Vanti en tu correo.**

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil tenerla,

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · GNB · Nequi · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Davivienda · Daviplata · Dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

*Si cáncelas 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 - Móvil: **164** ó **01 8000 919 052**
01 8000 181 164

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

CARNAVAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.896.812-8 7048/27032025 VANTI

¡Hola!

CARLOS GUILLERMO SEPULVEDA
CL 73B 116C 10 04 00001 - VILLAS DE GRANADA I
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007116-3237408

Lote: P03GN **Ruta:** 0011670550073805000 **Código del Sector:** 361

Cuenta o referencia de pago **62561206**

vanti Listo

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

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



Financia con tu cupo de crédito Vanti Listo en tiendas aliadas y **participa por uno de los**

2 VIAJES A CARTAGENA

para dos personas todo incluido.

¿Cómo participar?

Realiza compras iguales o superiores a **$3.000.000** en todas nuestras tiendas aliadas

Financia tu compra a **30 meses**

Espera el gran sorteo:
1° sorteo: **13 de octubre – 15 viajes**
2° sorteo: **11 de noviembre – 10 viajes**

Paga hasta en 60 cuotas a través de tu factura de gas natural

éxito · ALKOSTO · K-TRONIC

Autoriza Coljuegos

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.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

361 · 0011670550073805000 · P03GN · 87244 · C1

Factura de gas

Octubre 2025

Cuenta o referencia de pago **62561206**

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
21 Oct. 2025	22 Oct. 2025	Sep. - Oct. 2025	07 Oct. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	1M3	2.747,85	0,00	2.747,85
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	3.095,72	0,00	61.914,40
MENOS SUBSIDIO (37%)	1UN	-22.908,33	0,00	-22.908,33
AJUSTE DECENA	1UN	-3,92	0,00	-3,92

1 – Total **$41.750,00**

Tus financiaciones

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

2 – Total **$0,00**

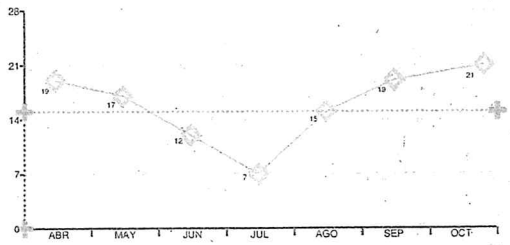
3 – Valor facturas vencidas **$0,30**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$41.750,3**

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
04 Sep. 2025	1629	REAL
04 Oct. 2025	1656	REAL

m^3 corregido= 1656 - 1629 * Factor de corrección = 21

Tu próxima lectura será

Entre 02 y el 07 de Noviembre

Novedades de tu factura

CuVa $ 2747.85

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Abr. 2027

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m^3 de gas este mes es de $2748.

Jul. $2710 · Ago. $2804 Sep. $2719

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

Componentes tarifarios

Gm: 1478.84 Tm: 583.64 Dm: 614.99 Cm: 0.0
.p: 70.38 Cvm: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.55 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m^3 Tu consumo en m^3 de gas equivale: 248

kWh y el precio unitario del kWh es: $168.363

Factor de corrección

Vm: 27 Kp: 0.76826 Kt: 1.00624 Ft: 0.77305
Vc: 21 Tm: 13.77 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.023 P^1pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77305

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)62561206(3900)00000000041750

CUFE:68e8226a9ca806d0351915139e9365ee6e6d950d0d4098916c75f69a3b17a760da3374a3213b9b67e63aa5ac105aee6d2d511 Factura No. F15B65964187 C1

87244

Somos grandes contribuyentes Resolución 600200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autoretenedores Resolución No. 4959 del 17-Jul 1998. Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764091216705? rel 31103/2025. Facturación electrónica desde N° 500000001 hasta 1000000000 con vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUI# 12-11001000-6. VANTI S.A. ESP. NIT: 800.007.813-5 - Revisor fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la Ley 142 de 1994

Contribución Fondo de Energías y Servicios S.A.S. ENC NA 0903211814-9

¡RUEDA SEGURO YA ESTÁ AQUÍ!

vanti seguro

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

HC: 05	MICROCHIP: SI 900255003213992	FECHA: 29/10/25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN X CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Shey			COLOR: Negro/ amarillo
ESPECIE: CANINO X FELINO ____ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 2A	PESO: 25.6 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO ____ MIXTO X OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO__X__COMPRADO____ADOPTADO ____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Ines Gonzalez Vargas	DIRECCION Kr 74 BIS #64F-50	TELEFONO 3023204881
CEDULA: 51956719	CORREO ELECTRÓNICO: 3023204881@s.correo.com	
BARRIO O VEREDA Encanto	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena Salud en celo

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: octubre 2025	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: NIR	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: NIR

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. X II. III. IV. V. VI. E. CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 130 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38,0 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2,8 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	5 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	1. ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	7 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,7 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	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Mesa Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 51956719

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

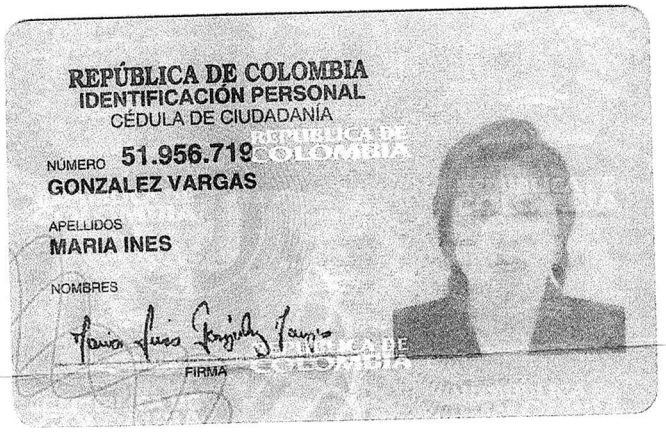
AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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 DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR ☐ DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 51.956.719

GONZALEZ VARGAS

APELLIDOS

MARIA INES

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-JUL-1969

VIOTA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

28-FEB-1989 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-01117401-F-0051956719-20191203 0069156998A 1 9910985818

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

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibirla por correo desde el próximo mes.

Dile adiós al papel y empieza a recibir tu factura Vanti en tu correo.

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil tenerla, tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo - Móvil: 164 ó 01 8000 919 052 01 8000 181 164

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

7048/27082025 VANTI
CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8

¡Hola!

MARIA INES GONZALEZ
KR 74 BIS 64F 50 00302 - ENCANTO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007113-895849

Lote: P14GN **Ruta:** 0011380133760005000 **Código del Sector:** 221

Cuenta o referencia de pago **61913821**

vanti Listo

Compra tu electrodoméstico a gas activo y gratis hasta 3 meses de tu factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 5.300.000**



vanti Listo

Compra y podrás recibir un descuento de **$100.000** sobre el valor de tu compra, si es igual o mayor a **$2'500.000**

Lo verás reflejado en tu próxima factura de gas natural.

*No aplica para motos.
Campaña válida del 12 de septiembre al 18 de octubre de 2025 o hasta agotar existencias

Paga hasta en 60 cuotas a través de tu factura de gas natural

TECHRED, GrupoMerpes, Multintegral, Mansión Electrodomésticos, SuperMotas

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. Aplica TYC de campaña consúltalas en: grupovanti.com/vantilisto/celebraciones.

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.

221
0011380133760005000
P14GN

Factura de gas

Septiembre 2025

Cuenta o referencia de pago **61913821**

BOGOTA

Vigilado Superintendencia

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
07 Oct. 2025	08 Oct. 2025	Ago. - Sep. 2025	22 Sep. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	5M3	2.718,81	0,00	13.594,05
FIJO	1UN	4.169,00	0,00	4.169,00
AJUSTE DECENA	1UN	-3,05	0,00	-3,05

(1) Total **$17.760,00**

Tus financiaciones

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

(2) Total **$0,00**

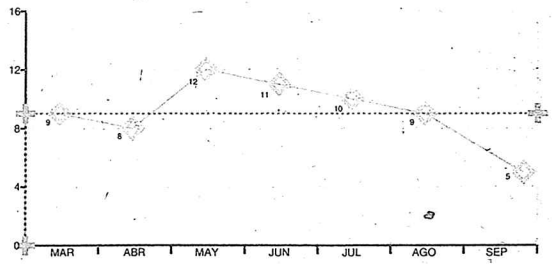
(3) Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar (1)+(2)+(3) $17.760,0

Paga por PSE

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
20 Ago. 2025	2914	REAL
17 Sep. 2025	2921	REAL

m³ corregido= 2921 - 2914 * Factor de corrección = 5

Tu próxima lectura será

Entre 14 y el 19 de Octubre

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com,
valor sugerido $ 1776
Estimado cliente recuerde que tiene entre May/2025 y el 31/10/2025 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/11/2025 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Oct. 2025

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2719.

Jun. $2881 Jul. $2710 Ago. $2804

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

Componentes tarifarios

Gm: 1496.13 Tm: 541.93 Dm: 611.2 Cm: 2718.81
.p: 69.55 Cvm: 0.0 Cufm: 4169.0 Cuvm: 2718.81
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0
Mj/m³Tu consumo en m³ de gas equivale: 59
kWh y el precio unitario del kWh es: $301.069

Factor de corrección

Vm: 7 Kp: 0.76865 Kt: 1.00617 Ft: 0.77339
Vc: 5 Tm: 13.79 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.0234 F pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77339

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)61913821(3900)00000000017760

31/03/2025. Facturación electrónica desde N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Consorcio Tecnología y Servicios S.A.S. BIC
Nit. 800.121.151-0

Factura No. F15B64847438

UFE:a74808144bff55b8be11ef7b65b1e123f7b5f693e7ed545a5448fed1ace850d626458a1332c438684e84d321e198be

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

Expiry-Date:2030/07/26
900255003213705

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
06		29-10-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
LUNA ALBA		Blanco / Gris

ESPECIE: CANINO X FELINO _____	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Shitzu	EDAD 13M	PESO: 4.8 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____CONCENTRADO __X MIXTO OTRO _____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Diego Alba Forero	cl 90 # 87B-34	3124647654

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1023896360	diegoalbaforero@gmail.com.

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Los Cerezos	3	ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Bachillerato NS/NR.	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Agosto 2025	N/R	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa 13-02-25. 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. CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
120 l/m	20 r/m	38,2 °c	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,25 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,34 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Munoz Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Diego Alba	1023896360

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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 DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR ☐ DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.023.896.360**

ALBA FORERO

APELLIDOS

DIEGO

NOMBRES

Diego Alba forero

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-MAY-1990**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-MAY-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01139069-M-1023896360-20200601 0070714572A 1 8500420877

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2671813-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 368977849-1

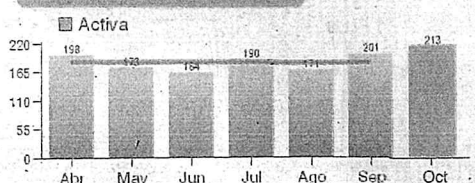
CLIENTE

JHON WILLIAM GODOY
CL 90 NO 87 B 34
ENGATIVA QUIRIGUA
BOGOTA, D.C. - LOS CEREZOS

04 709 2487 / 1030396

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $798,17

CONSUMO DIARIO: 6,66 kWh

VALOR DIARIO: $4.826

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 193 kWh

PERÍODO FACTURADO: 30 AGO/2025 A 30 SEP/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 213 kWh

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

Realiza tus trámites de forma fácil y segura.

Ingresa en la zona privada de enel.com.co y podrás:

- Pagar seguro por PSE
- Consultar facturas, consumos y más.

Solo necesitas registrarte, iniciar sesión y asociar tu cuenta con los dígitos del medidor después del guion.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	4,72
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007047092487
RUTA LECTURA:	37047050044
MANZANA DE LECTURA:	MS00561643
MEDIDOR NO:	1030396
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 11803TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/09 Di: 253,44 Cf: 171,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,20

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

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Revise tus cables regularmente. Mantenerlos en buen estado es una forma sencilla de asegurar un entorno confiable y libre de riesgos.

CONTÁCTANOS

- Trámites y solicitudes: enel.com.co/es/personas/radicadores
- Chat de servicio en: enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
- 316 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
- Enel Colombia | @EnelSantosCO
- Registrate gratis
- Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

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

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Bepso; Internet; Teléfono Banco; Débito Automático; Cajero Electrónico; APP Enel Clientes Colombia; Botón de pago PSE en Zona Privada enel.com.co; Botón de Pago Bancolombia

Billeteras Virtual: Daviplata; dale!; MOVII; Nequi; tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED; efecty; Reval; MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel Unicentros Cible, Gicentros y Facentros

Almacenes de Cadena: Surtimax; Metro

Código QR

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

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: AGO/2025
G: $273,42 T: $56,93 D: $250,01 CV: $75,19 PR: $56,46 R: $46,16 CF: $0,00 / $798,17 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL4A-11803TR1- - 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 comunicate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

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

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

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa 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. 860.063.875-9. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 04/10/2025 01:45:12
FECHA EXPEDICIÓN: 04/10/2025 14:44:07

CUDE: d0ae4efd99c4bbc12c6684577c0b7ad6ba256c3dab3047e3cf111601a1080c583420641340 1ff7905693fled41b7cbdfc

Factura Impresa por Comdat Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.098.612-6. Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

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 su número de cliente es: **2671813-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 368977849-1

CLIENTE

JHON WILLIAM GODOY
CL 90 NO 87 B 34
ENGATIVA QUIRIGUA
BOGOTA, D.C. - LOS CEREZOS

04 709 2487 / 1030396

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

Realiza tus trámites de forma fácil y segura.

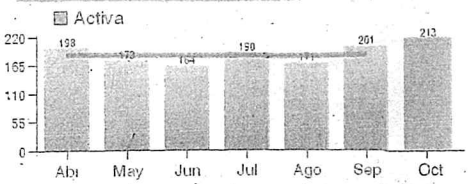
Ingresa en la zona privada de enel.com.co y podrás:

- Pagar seguro por PSE
- Consultar facturas, consumos y más.

Solo necesitas registrarte, iniciar sesión y asociar tu cuenta con los dígitos del medidor después del guion.



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $798,17

CONSUMO DIARIO: 6,66 kWh

VALOR DIARIO: $4.826

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 181 kWh

PERÍODO FACTURADO: 30 AGO/2025 A 30 SEP/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 213 kWh

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

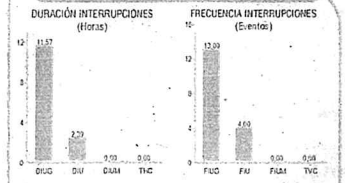
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	4,72
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007047092487
RUTA LECTURA:	37047050044
MANZANA DE LECTURA:	MS00561643
MEDIDOR NO:	1030396
SUBCLASE:	Básica

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Revise tus cables regularmente. Mantenerlos en buen estado es una forma sencilla de asegurar un entorno confiable y libre de riesgos.

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 11003TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO 2025/08 DE: 259,44 CF: 171,00000 ND: 0,00 MF: 1,00 Sut: 0,00

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/es/personas/chat-de-atencion
- 316 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
- Enel Colombia @EnelClientesCO

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

ENERGÍA APROVECHA 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-clientes.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Bancos · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de pago PSE en Zona Privada enel.com.co · Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual

daviplata · nequi · dale · MOVII · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · efecty · Reval · MOVIRED · safecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel Únicamente Chía, Girardot y Facatativá

Almacenes de Cadena

Jumbo · Metro

Código QR

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

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



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

G: $273,42 T: $56,93 D: $290,01 CV: $75,19 PR: $56,46 R: $46,16 CF: $0,00 / $798,17 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: 0L4A-11609TR1- - 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 comunicate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

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

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

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

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

CUDE: d0ae4efd98c4bbc12c6664577c0b7ad66a256c3dab30473e3cef11160fa1080c583420641301ff7905693fed41b7cbdfc

FECHA GENERACIÓN: 04/10/2025 01:45:12
FECHA EXPEDICIÓN: 04/10/2025 14:44:07

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.612-6.

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

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO ANEXO HISTORIA/AUTORIZACIÓN PARA RAZAS BRAQUICÉFALAS PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

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 braquiocefálicas durante el proceso de inducción y recuperación anestésica es donde se presenta más 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

Por tanto lo ideal es que estos pacientes tengan un manejo mas 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 esta 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 oxigeno, 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 cardiaca 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 que 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 Diego Alba, identificado con cédula de ciudadanía número 1023896360, de Bogotá autorizó el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino ☐ felino ☐ de Nombre Luna Raza Shitzu Edad 3 Meses

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, al operador UT BIENESTAR ENGATIVA y a la Alcaldía Local de Engativá.

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.

FIRMA TUTOR RESPONSABLE:

FECHA:
JORNADA #
UBICACION

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

Expiry-Date:2030/07/26
900255003213685

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
07		29-10-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Atemy		Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO _____	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA	EDAD	PESO	MANEJO ESPECIAL:
		Fcs Poodle	7 M	7.4 KG	SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____CONCENTRADO ____ MIXTO X OTRO _____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X _REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Nancy Dayana Cardo Ayala	DG82G #72B-22	3242533978

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1010174895	nancydayana895@gmail.com.

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
La Española	3	ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: NS/NR.	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_
Bachillerato	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R
SC 9/25	N/R	**CANINOS PARVO:** dd/mm/aaaa **TRIPLE:** dd/mm/aaaa **PENTAVALENTE:** dd/mm/aaaa **HEXAVALENTE:** dd/mm/aaaa **PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:** dd/mm/aaaa **RABIA:** dd/mm/aaaa
		FELINOS: **TRIPLE FELINA:** dd/mm/aaaa **LEUCEMIA:** dd/mm/aaaa **RABIA:** dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
130 l/m	22 r/m	38.2 ºc	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,9 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,25 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,3 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez C. Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Ryana C.	1001748915

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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 DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR ☐ DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

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

.CO

0474671 54

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0474671548150O1<<<<<<<<<<<
0312299F3405293COL1010174895<5
CANDO<AJALA<<NANCY<DAYANA<<<<<

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPUBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.010.174.895



Apellidos
CANDO AJALA

Nombres
NANCY DAYANA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.53	F

Fecha de nacimiento
29 DIC 2003

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
18 ENE 2022, BOGOTA D.C.

Firma
Dayana C.

Fecha de expiración
29 MAYO 2034

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

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE: pse



Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibirla por correo desde el próximo mes.

Dile adiós al papel y empieza a recibir tu factura Vanti en tu correo.

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE: pse

Tan fácil tenerla,

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

pse Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · GNB · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Rappi · 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 - Móvil: 164 ó 01 8000 919 052
01 8000 181 164

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7048/27082025 VANTI

¡Hola!

LEOPOLDO BERNAL
DG 82G 72B 22 00001 - LA ESPANOLA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 009520210000041943

348 0011460262451005000 P07GN 24362 C1

Lote: P07GN **Ruta:** 0011460262451005000 **Código del Sector:** 348

Cuenta o referencia de pago **61476095**

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: **$ 5.300.000**



Financia con tu cupo de crédito Vanti Listo en tiendas aliadas y **participa por uno de los**

vanti Listo

25 VIAJES A CARTAGENA

para dos personas todo incluido.

¿Cómo participar?

Realiza compras iguales o superiores a $3.000.000 en todas nuestras tiendas aliadas

Financia tu compra a 30 meses

Espera el gran sorteo:
1° sorteo: 13 de octubre – 15 viajes
2° sorteo: 11 de noviembre – 10 viajes

Paga hasta en 60 cuotas a través de tu factura de gas natural

Actividad promocional denominada "Crédito Listo Maletas Listas" organizada por las empresas que conforman el grupo VANTI S.A. E.S.P. El plan se premia consiste en la entrega de 25 cupos de viaje para dos personas a Cartagena, cuando durante dentro del periodo promocional, realicen compras de artículos en los establecimientos aliados Vanti Listo, durante la vigencia de la actividad promocional, haciendo uso de su cupo VANTI LISTO por un valor igual o superior a tres millones de pesos ($3.000.000), a una misma empresa vinculada al establecimiento aliado a través de la "Tienda Virtual Vanti" seguiendo a través https://www.grupovanti.com/tienda-virtual/productos y cuya compra sea por un valor igual o superior a un millón de pesos ($1.000.000) en una única transacción, y que en ambos casos financien su compra a un plazo igual o mayor a treinta (30) meses, así mismo acepta pagar el valor de su factura de gas natural (incluye valores financiados). Promoción válida para compras realizadas desde el 13 de octubre de 2025 al 21 de enero de 2026. Se realizarán 2 sorteos en total: uno (1) de octubre y otro (1) de noviembre de 2025. Cobertura Nacional aplicable por Vanti. Consulte términos y condiciones de la actividad en https://www.grupovanti.com/vanti-listo/maletas/

Autoriza Coljuegos

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.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Octubre 2025

Cuenta o referencia de pago 61476095

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
27 Oct. 2025	28 Oct. 2025	Sep. - Oct. 2025	14 Oct. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	27M3	2.747,85	0,00	74.191,95
FIJO	1UN	4.171,00	0,00	4.171,00
AJUSTE DECENA	1UN	-4,95	0,00	-4,95
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protc.	0	55.942,00	0,00	55.942,00
Vanti Max Gas 2	1UN	11.294,12	2.145,88	13.440,00

1 — Total $147.740,00

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

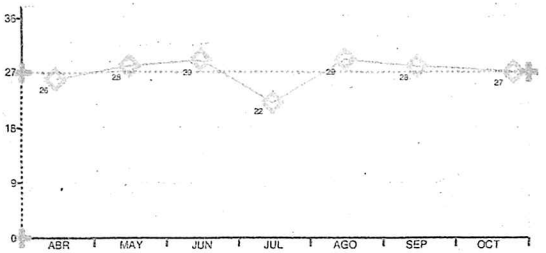
Total a pagar 1 + 2 + 3

$147.740,0

Paga por PSE

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
09 Sep. 2025	1591	REAL
09 Oct. 2025	1626	REAL

m^3 corregido= 1626 - 1591 * Factor de corrección = 27

Tu próxima lectura será

Entre 07 y el 12 de Noviembre

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com,
valor sugerido $ 14774

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Sep. 2028

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m^3 de gas este mes es de $2748.

Jul. $2710 Ago. $2804 Sep. $2719

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

Componentes tarifarios

Gm: 1478.84	Tm: 583.64	Dm: 614.99	Cm: 2747.65
.p: 70.38	Cvm: 0.0	Cufm: 4171.0	Cuvm: 2747.85
Ccm: 0.0	Fpcm: 42.55	DAUR: 0.0	DAUNR: 0.0

Mj/m^3 Tu consumo en m^3 de gas equivale: 319

kWh y el precio unitario del kWh es: $245.652

Factor de corrección

Vm: 35	Kp: 0.76826	Kt: 1.00527	Pt: 0.77308		
Vc: 27	Tm: 13.76	Tc: 15.56	Pc: 1.01008		
Pa: 0.753	Pm: 0.023	P^2 pv: 1.0			

Factor de corrección: 0.77308

Indicadores de calidad

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





(415)7709998026025(8020)61476095(3900)00000000147740

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4959 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764091267057 del 31/03/2025. Facturación electrónica desde N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUIR 2-11001000-6. VANTI S.A. ESP. NIT: 800.007.813-5 - Revisor fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994

Convivi Tecnologia y Servicios S.A.S. BIC Nit 900.321.151-0

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

HC	MICROCHIP: SI 900255003213686	FECHA:
08		29-10-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN X CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:	
LULU		Blanco / Negro	

ESPECIE: CANINO X FELINO ____	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA	EDAD	PESO:	MANEJO ESPECIAL:
		MESTIZO	3A	13.6 KG	SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO ____ REGALADO X PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Luis Alexandro Quiroga Acero.	Tv 90 F # 89A - 13	3005492704

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1014234342	alcjoq@live.com.

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Quirigua	3	ENGATIVÁ

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:
Agosto 2025	Sep/25.	**CANINOS** PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa Junio/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. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI____NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno	
CLASIFICACION ASA: I. X II. IV. V. VI. E.	CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS
120 l/m	20 r/m	38,5 °c	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,5 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	4 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,13 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	Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Luis Alejandro Q.	1014231312

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

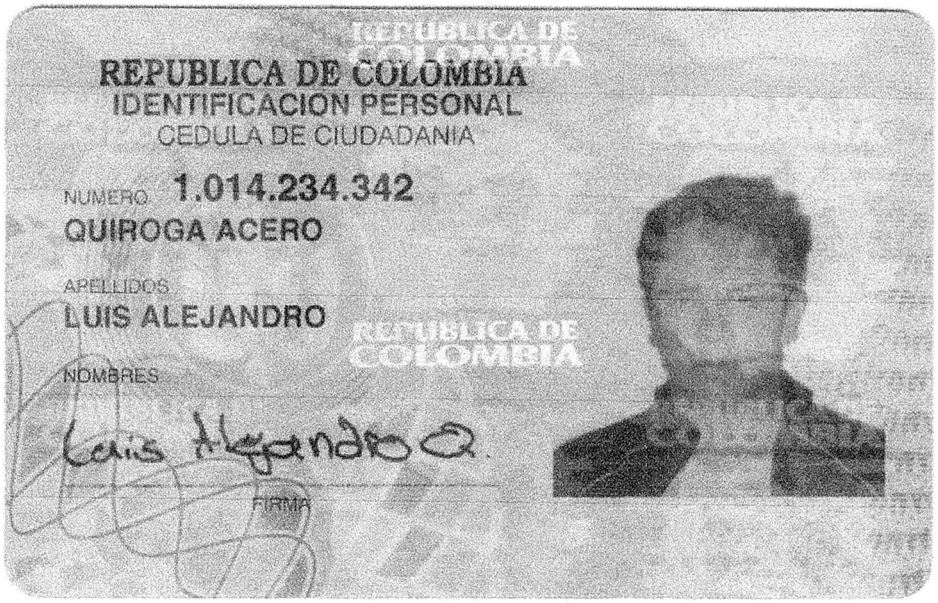
AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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 DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR ☐ DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.234.342

QUIROGA ACERO

APELLIDOS

LUIS ALEJANDRO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-JUL-1992

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-JUL-2010 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00740322-M-1014234342-20150820 0045977927A 2 1363512088

SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibirla por correo desde el próximo mes.

Dile adiós al papel y empieza a recibir **tu factura Vanti en tu correo.**

Inscríbete aquí



SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil tenerla,

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automática.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

Fijo - Móvil: **164** ó **01 8000 919 052**
01 8000 181 164

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7048270820025 VANTI

¡Hola!

LUIS EDUARDO QUIROGA
TV 90F 89A 13 00002 - QUIRIGUA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5167199-116921

Lote: P13GN **Ruta:** 0011460161600005000 **Código del Sector:** 347

Cuenta o referencia de pago **61452712**

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 5.300.000**



Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

347
0011460161600005000
37851
P13GN
C1

Factura de gas

Septiembre 2025

Cuenta o referencia de pago: 61452712

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
06 Oct. 2025	07 Oct. 2025	Ago. - Sep. 2025	19 Sep. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	6M3	2.718,81	0,00	16.312,86
FIJO	1UN	4.169,00	0,00	4.169,00
AJUSTE DECENA	1UN	-4,86	0,00	-4,86
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protc.	0	26.533,00	0,00	26.533,00
Vanti Max Gas 2	1UN	11.294,12	2.145,88	13.440,00

1 – Total $60.450,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

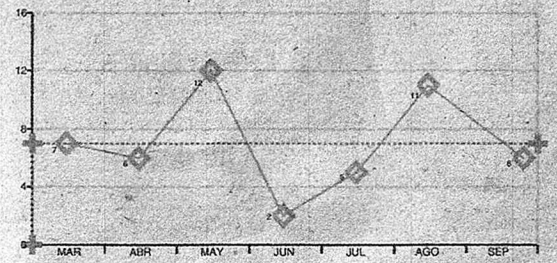
3 – Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $60.450,0

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
19 Ago. 2025	9261	REAL
16 Sep. 2025	9269	REAL

m^3 corregido= 9269 - 9261 * Factor de corrección = 6

Tu próxima lectura será Entre 13 y el 18 de Octubre

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 6045

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Mar. 2028

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m^3 de gas este mes es de $2719.

Jun. $2881 Jul. $2710 Ago. $2804

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

Componentes tarifarios

Gm: 1496.13 Tm: 541.93 Dm: 611.2 Cm: 2718.81
Pr: 69.55 Cvm: 0.0 Cufm: 4169.0 Cuvm: 2718.81
Com: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

MJ/m^3 Tu consumo en m^3 de gas equivale: 71 kWh y el precio unitario del kWh es: $288.477

Factor de corrección

Vm: 8 Kp: 0.76865 Kt: 1.00613 Pt: 0.77337
Vc: 6 Tm: 13.8 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.0234 F pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77337

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPIL: 100.0



(415)7709998026025(8020)61452712(3900)00000000060450

37851

C1

Factura No. F15B64737693

Concept Tecnología y Servicios S.A.S. NIT 860221151-0

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

HC	MICROCHIP: SI 900255003214016	FECHA:
09		29-10-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN X CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Niña		Negro/Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO _____	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 7 M.	PESO: 25.3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO__
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI_____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____			

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Luz Marina Rodriguez de Garcia	CL 88 #95F-66	3705786977

CEDULA: 41734405	CORREO ELECTRÓNICO: lopezbarreraisabel@gmail.com
BARRIO O VEREDA Bachue I / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Tecnico / ~~NS/NR.~~	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
mayo/25	N/R	**CANINOS** PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/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. X II. III. IV. V. VI. E.	CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 110 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38.2 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: rosadas
OBSERVACIONES:				

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	38 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	7 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	3,6 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	Gina Paola Rodriguez C. Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Ferrer MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA	

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Ana Lucia Rodriguez	41.732.405

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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 DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR ☐ DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.734.405**

RODRIGUEZ De GARCIA

APELLIDOS

LUZ MARINA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-SEP-1955**

LA CALERA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-JUN-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00018662-F-0041734405-20080701 0000700087A 1 1290002782

SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibirla por correo desde el próximo mes.

Dile adiós al papel y empieza a recibir **tu factura Vanti en tu correo.**

Inscríbete aquí



SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil tenerla,

tan fácil y seguro que es pagarla.

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 · Rappi Pay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

*Si 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 - Móvil: **164** ó **01 8000 919 052**
01 8000 181 164

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

Se te suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o de incumplimiento de las instrucciones de 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. presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7048/27082025 VANTI

¡Hola!

JAIRO GARCIA
CL 88 95F 66 209 - BACHUE I
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5037199-18658

345 0011460050030505000 P06GN

Lote: P06GN **Ruta:** 0011460050030505000 **Código del Sector:** 345

Cuenta o referencia de pago 60726052

vanti Listo

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

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



vanti Listo

Financia con tu cupo de crédito Vanti Listo en tiendas aliadas y **participa por uno de los**

2 VIAJES A CARTAGENA

para dos personas todo incluido.

¿Cómo participar?

Realiza compras iguales o superiores a $3.000.000 en todas nuestras tiendas aliadas

Financia tu compra a **30 meses**

Espera el **gran sorteo:**
1° sorteo: **13 de octubre – 15 viajes**
2° sorteo: **11 de noviembre – 10 viajes**

Paga hasta en 60 cuotas a través de tu factura de gas natural

Alkosto · Ktronix

Actividad promocional denominada "Crédito Listo Makitas Listas" organizada por las empresas que conforman el grupo VANTI S.A. E.S.P. El plan de premios consiste en la entrega de 25 combos de viaje para dos personas a Cartagena, quienes deberán contar con el servicio de gas natural residencial y realicen compras de artículos en las categorías activas en establecimientos aliados Vanti Listo, durante la vigencia de la actividad promocional, haciendo uso de su cupo VANTI LISTO por un valor igual o superior a tres millones de pesos ($3.000.000), o que realicen compras virtuales de electrodomésticos a través de la Tienda Virtual Vanti, ingresando a enlace https://www.grupovanti.com/tienda-virtual/productos y que compra sea por un valor igual o superior a un millón de pesos ($1.000.000) en una única transacción y que en ambos casos financien su compra a un plazo igual o mayor a treinta (30) meses, el mismo deberán estar al día en el pago de las facturas de gas natural (incluye valores financiados). Promoción válida para compras realizadas entre el 1 de septiembre de 2025 al 31 de octubre de 2025. Se realizarán 2 sorteos los días trece (13) de octubre, y once (11) de noviembre de 2025. Ganancia Ocasional asumida por Vanti. Conoce los términos y condiciones de la actividad en https://www.grupovanti.com/vanti/actividades

Autoriza Coljuegos

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Factura de gas

Octubre 2025

Cuenta o referencia de pago: 60726052

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
24 Oct. 2025	25 Oct. 2025	Sep. - Oct. 2025	10 Oct. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	17M3	3.095,72	0,00	52.627,24
MENOS SUBSIDIO (37%)	1UN	-19.472,08	0,00	-19.472,08
AJUSTE DECENA	1UN	4,84	0,00	4,84

1 — Total $33.160,00

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

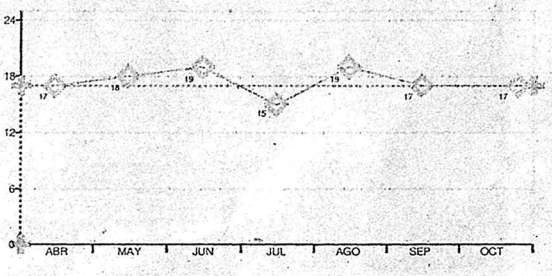
Total a pagar 1 + 2 + 3

$33.160,0

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Dos Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
08 Sep. 2025	6839	REAL
08 Oct. 2025	6861	REAL

m³ corregido= 6861 - 6839 * Factor de corrección = 17

Tu próxima lectura será

Entre 05 y el 10 de Noviembre

Novedades de tu factura

CuVa $ 2747.85

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. 2026

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2748.

Jul. $2710 Ago. $2804 Sep. $2719

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

Componentes tarifarios

Gm: 1478.84	Trm: 583.64	Dm: 614.99	Cm: 0.0
.p: 70.38	Cvm: 0.0	Cufm: 0.0	Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0	Fpcm: 42.55	DAUR: 0.0	DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 201 kWh y el precio unitario del kWh es: $164.951

Factor de corrección

Vm: 22	Kp: 0.76865	Kt: 1.00627	Fc: 0.77347
Vc: 17	Tm: 13.76	Te: 15.56	Pe: 1.01008
Pa: 0.753	Pm: 0.0234	F pv: 1.0	

Factor de correción: 0.77347

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)60726052(3900)00000000033160

CUFE:1e1c1b39e11f6aa1f0877de5b7f0f0bcd2aa80a1abc0aa8b188dd5f1556c7e74cd2610dd163029e40acc0559f64a58d38ad Factura No. F15B663718 64

Vigencia de 24 meses

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

HC: 10	MICROCHIP: SI 900255003213708	FECHA: 29-10-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Molly			COLOR: Beige - Gris / amarillo	
ESPECIE: CANINO X FELINO ____ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA: Shit-zu	EDAD 3A	PESO: 4.8 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO ____ MIXTO X OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO X ADOPTADO ____ REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Fernanda Hernandez Casales	DIRECCION: Cl 78D # 110-72		TELEFONO: 3202522626
CEDULA: 1028940186	CORREO ELECTRÓNICO: mariahernandezcrp@gmail.com.		
BARRIO O VEREDA: Cares Navas	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachillerato ~~NS/NR.~~	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.1 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,7 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	_____ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,34 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
María Hernandez	1028940186

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

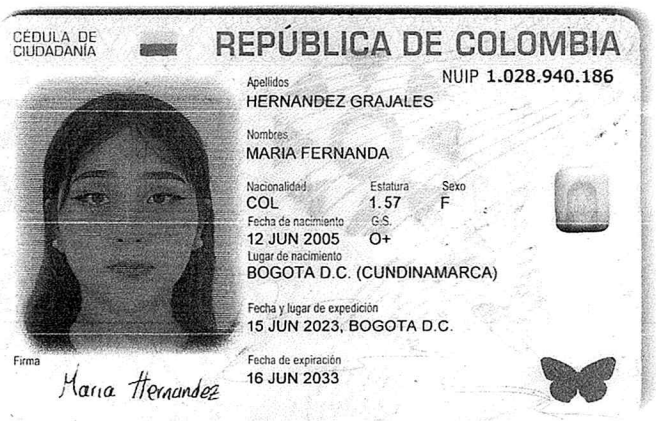
AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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 DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR ☐ DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

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



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.028.940.186

Apellidos
HERNANDEZ GRAJALES

Nombres
MARIA FERNANDA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.57

Sexo
F

Fecha de nacimiento
12 JUN 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
15 JUN 2023, BOGOTA D.C.

Firma
Maria Hernandez

Fecha de expiración
16 JUN 2033



.CO

023192856

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL023192856215001<<<<<<<<<<
0506122F3306161COL1028940186<4
HERNANDEZ<GRAJALES<<MARIA<FERN

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibirlo por correo desde el próximo mes.

Dile adiós al papel y empieza a recibir **tu factura Vanti en tu correo.**

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil tenerla

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Davi plata · Rappi pay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

Fijo - Móvil: **164** ó **01 8000 919 052** **01 8000 181 164**

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-6 7048;27062025 VANTI

¡Hola!

RONALD ISRAEL LOPEZ
CL 78D 110 72 I14 00001 - GARCES NAVAS
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5157198-40446

Lote: P08GN **Ruta:** 0011670091310005200 **Código del Sector:** 362

Cuenta o referencia de pago **60850121**

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 5.300.000**



Financia con tu cupo de crédito Vanti Listo en tiendas aliadas y **participa por uno de los**

vanti Listo

25 VIAJES A CARTAGENA

para dos personas todo incluido.

¿Cómo participar?

Realiza compras iguales o superiores a $3.000.000 en todas nuestras tiendas aliadas

Financia tu compra a **30 meses**

Espera el **gran sorteo:**
1° sorteo: **13 de octubre – 15 viajes**
2° sorteo: **11 de noviembre – 10 viajes**

Paga hasta en 60 cuotas a través de tu factura de gas natural

exito · ALKOSTO · KTRONIX

Actividad promocional denominada "Crédito Listo Maletas Listas" organizada por las empresas que conforman el grupo VANTI S.A. E.S.P. El plan de premios consiste en la entrega de 25 bonos de viaje para dos personas a Cartagena, cuando adquiera con el servicio de gas natural residencial y realice compras de enseres en los comercios certificados en establecimientos aliados Vanti Listo, durante la vigencia de la actividad promocional, habiendo usado de su cupo VANTI LISTO por un valor igual o superior a tres millones de pesos ($3.000.000), a que refieren compras virtuales de gasodomésticos a través de la TIENDA Virtual Vanti ingresando a través de https://www.grupovanti.com/tienda-virtual/productos y cuya compra sea por un valor igual o superior a un millón de pesos ($1.000.000) en una única transacción, y no en adelante estos términos, no comprará un plazo igual o mayor a treinta (30) días, así mismo deberán estar al día en el pago de sus facturas de gas natural (incluye bonos financiados). Promoción válida para consumos realizados entre el 1 de septiembre de 2025 al 31 de octubre de 2025. Se realizarán 2 sorteos los días trece (13) de octubre, y once (11) de noviembre de 2025. Ganancia Gravada para el Ganador. Consulte los términos y condiciones de la actividad en https://www.grupovanti.com/vanti/licencias-promos/

Aliados Coljuegos

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Factura de gas

Octubre 2025

Cuenta o referencia de pago 60850121

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

22

1 — 2 — 3 — 4

1 Pago oportuno	2 Fecha de suspensión	3 Periodo facturado	4 Emisión de tu factura
28 Oct. 2025	29 Oct. 2025	Sep. - Oct. 2025	15 Oct. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	5M3	2.747,85	0,00	13.739,25
FIJO	1UN	4.171,00	0,00	4.171,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,25	0,00	0,25

1 — Total $17.910,00

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

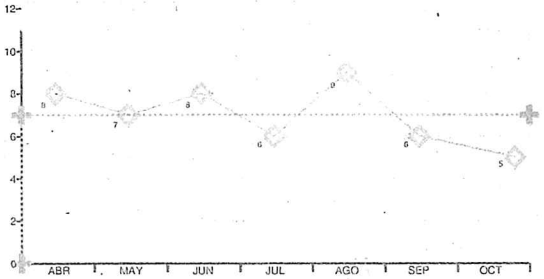
Total a pagar 1 + 2 + 3

$17.910,0

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
09 Sep. 2025	7357	REAL
09 Oct. 2025	7363	REAL

m³ corregido= 7363 - 7357 * Factor de corrección = 5

Tu próxima lectura será

Entre 08 y el 13 de Noviembre

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com,
valor sugerido $ 1791

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Sep. 2026

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2748.

Jul. $2710 Ago. $2804 Sep. $2719

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

Componentes tarifarios

Gn: 1478.84 Tm: 583.64 Dm: 614.99 Cm: 2747.85
Jp: 70.38 Cvm: 0.0 Cufm: 4171.0 Cuvm: 2747.85
Com: 0.0 Fpcm: 42.55 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 59 kWh y el precio unitario del kWh es: $303.564

Factor de corrección

Vm: 6 Kp: 0.76826 Kt: 1.00627 Ft: 0.77308
Vc: 5 Tm: 13.76 Tc: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.023 F² pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77308

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)60850121(3900)00000000017910

78673

C1

Factura No. F158666631073

IFE:a79ce2e9ba12117acd19e2d92d0d62aa9137030dcd9066aa1cd722dc26ec2419183ba288d6b96cbed9d2e5516f4911594c25

IR: 690.231.151-0

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO ANEXO HISTORIA/AUTORIZACIÓN PARA RAZAS BRAQUICÉFALAS PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

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 braquiocefálicas durante el proceso de inducción y recuperación anestésica es donde se presenta más 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

Por tanto lo ideal es que estos pacientes tengan un manejo mas 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 esta 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 oxigeno, 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 cardiaca 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 que 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 Maria, identificado con cédula de ciudadanía número 1028910186, de Bogota autorizó el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino ☑ felino ☐ de Nombre Molly 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, al operador UT BIENESTAR ENGATIVA y a la Alcaldía Local de Engativá.

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.

FIRMA TUTOR RESPONSABLE:

FECHA: 29/10/2025
JORNADA #
UBICACION Parque luis carlos Galan

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
11	Expiry-Date:2030/07/26 900255003213931	29-10-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	ARI	Cafe / amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ____	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Doberman	EDAD 3A	PESO: 27,3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI X NO ___

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

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO ____ REGALADO X PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Yeidy Romero Romero	Cl 71 A N° 91 - 03	3133954240

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
20865537	Yeyeromeroromero2017@gmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Alamos	3	ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Abril 2025	Abril /25.	**CANINOS** PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa 08-06-2025.
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 130 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38,0 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,8 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,27 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	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 11441	FIRMA	

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 20.865.509

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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 DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR ☐ DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

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

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2290075-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 368366260-3

CLIENTE

JOSE RICARDO ARIZA DUARTE
CL 71 A NO 91 03 BQ PISO2
BARRIO LA FLORIDA
BOGOTA, D.C. - LOS ALAMOS

01 513 2675 / 745775

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

Realiza tus trámites de forma fácil y segura.

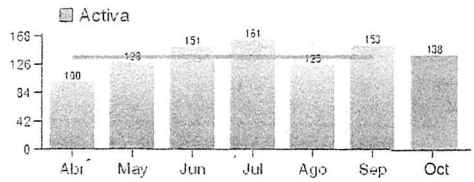
Ingresa en la **zona privada de enel.com.co** y podrás:

- Pagar seguro por PSE.
- Consultar facturas, consumos y más.

Solo necesitas registrarte, iniciar sesión y asociar tu cuenta con los dígitos del medidor después del guion.



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $798,17

CONSUMO DIARIO: 4,60 kWh

VALOR DIARIO: $3.153

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 138 kWh

PERÍODO FACTURADO: 27 AGO/2025 A 25 SEP/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

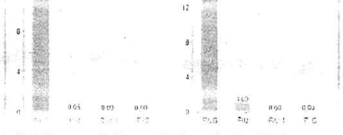
CONSUMO MES: 138 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,20
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005015132675
RUTA LECTURA:	35015040050
MANZANA DE LECTURA:	MS00562557
MEDIDOR NO:	745775
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO-464STR1 GRUPO 11 HC 0,00 HC 0,00 CEC 0,00
PERIODO 2025.08 Dt 257,42 Cf 125,00000 IAC 0,00 IAF 1,00 *xE 0,20
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

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

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

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

Revise tus cables regularmente. Mantenerlos en buen estado es una forma sencilla de asegurar un entorno confiable y libre de riesgos.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banco; Internet; Teléfono Banco; Débito Automático; Cajero Electrónico; APP Enel Clientes Colombia; Botón de pago PSE en Zona Privada enel.com.co; Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: dale; MOVII; Nequi; tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED; efácil; Reval; MOVIRED; puntored; efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel Únicamente Citas, Garantía y Facturación

Almacenes de Cadena: Olímpica; Makro

Código QR

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

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios!

Escanea el código.



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: **Vigencia: AGO/2025**
G: $273,42 T: $56,93 D: $290,01 CV: $75,19 PR: $56,46 R: $45,16 CF: $0,00 / $798,17 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: FR17-464STR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9051 de 10 de diciembre de 2020.
Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 01/10/2025 02:30:24
FECHA EXPEDICIÓN: 01/10/2025 13:19:18

CUDE: b2c7fe4842541d290a1226536a8982853fd1a8abb8ed984d6e6bf37664bd3bab8f2471f5b4263040894f5d30bc20352

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

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-8

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$94.580		$0		$94.580	10 OCT /2025	15 OCT/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 2290075-5 | PRÓXIMA FECHA DE FACTURACIÓN: 27 OCT /2025

Tipo de Lectura: Real | Situación encontrada: Normal

CONCEPTO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Consumo	X	Mes	=	Consumo Facturado	Factor Factura kWh	X	Valor kWh	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	43.513		43.375		139		1		139	138		$798.17		$110.147
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$290.01		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh				Valor kWh $798.1665		X		Beneficio -15.00 %					-$15.564

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $3.153 DIARIOS

SUBTOTAL: $94.583

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-3
SUBTOTAL:	$-3

1 TOTAL ENERGÍA: $94.580

Otros cobros de productos y servicios

enel x

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

2 TOTAL OTROS: $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.863

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobró 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 -15.00 %

Defensor del cliente **Enel.**

Estamos aquí para ayudarte.

Si previamente nos habías contactado para realizar una solicitud y esta no fue resuelta, contáctanos directamente por **defensor@enel.com** o **denuncias@enel.com**, o simplemente escanea nuestro QR para hacer una videollamada.

¡Trabajaremos junto a ti para encontrar una solución!

DEFENSOR DEL CLIENTE
defensor@enel.com denuncias@enel.com

Conoce más escaneando este código



$357500

NÚMERO DE CLIENTE
2290075-5

Documento Equivalente Electrónico No.
368366260-3

(415)7707209914253(8020)012290075536836626O3(3900)00000000094580

PAGO OPORTUNO
10 OCT /2025

TOTAL A PAGAR
$94.580

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

HC	12	900255003213967	NO	FECHA: 29-10-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Laila.	COLOR: Beige.

ESPECIE: CANINO Y FELINO _____	SEXO: HEMBRA Y MACHO	RAZA American. Bulling.	EDAD 1 1/2.	PESO: 27.4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI X NO __

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI_____ NO Y	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO ____ MIXTO OTRO Barf.

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO Y ADOPTADO ____REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Catalina Valencia Rincon	DIRECCION Kra 95H No. 91A 15.	TELEFONO 3236200693
CEDULA: 1.141.115190.	CORREO ELECTRÓNICO: mardeluardo@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Bachue	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO Y RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 07-2025.	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa 07-2025.	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38,0 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,8 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	Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9713	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Afanse Perez MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Catalina Zinca	1141115190

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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 DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR ☐ DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.141.115.190
Apellidos
VALENCIA RINCON
Nombres
CATALINA
Nacionalidad
COL
Estatura
1.58
Sexo
F
Fecha de nacimiento
11 NOV 2006
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
Fecha y lugar de expedición
12 NOV 2024, BOGOTA D.C.
Fecha de expiración
12 NOV 2034
Firma
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL0587979700150011<<<<<<<<<<<
0611110F3411126COL1141115190<9
VALENCIA<RINCON<<CATALINA<<<<<

Si no cancelas en el plazo establecido, se suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y de artefactos de consumo. Como consumidor puedes presentar un recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 704827082025 VANTI

¡Hola!

ARGEMIRO RAMIREZ
KR 95H 91A 15 01 - BACHUE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077198-388117

346

Lote: P16GN Ruta: 0011460116350005010 Código del Sector: 016

0011460116350005010

Cuenta o referencia de pago 60897851

P16GN

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:

Remitente: VANTI
ARGEMIRO RAMIREZ
KR 95H 91A 15 01
BOGOTA
Cuenta: 60897851
24241

011516090302424l

vanti Listo

Compra y podrás recibir un descuento de $100.000

...alor de tu compra, si es igual o mayor a $...000

Lo verás reflejado en tu próxima factura de gas natural.

...ersario Listo ...presas Para: mi

...os a través de tu factura de gas natural

GrupoMerpes Multiintegral Mansión SuperMotos

...A. ESP., Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Vanti Listo es la marca ...que identifica el servicio de financiación no bancario ofrecido por el Grupo Vanti. Aplica TYC de campaña consúltalas en: grupovanti.com/vantilisto/celebraciones.

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE: pse Bancolombia

Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibirla por correo desde el próximo mes.

Dile adiós al papel y empieza a recibir tu factura Vanti en tu correo.

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE: pse Bancolombia

Tan fácil tenerla,

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban Itaú Bancolombia BBVA Scotiabank Colpatria Banco AV Villas GNB Sudameris Bancolombia Banco Falabella Banco Pichincha Banco Caja Social Nequi Davivienda Davivienda Rappi 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 - Móvil: 164 ó 01 8000 919 052 01 8000 181 164

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Factura de gas

Septiembre 2025

Cuenta o referencia de pago **60897851**

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
09 Oct. 2025	10 Oct. 2025	Ago. - Sep. 2025	24 Sep. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	9M3	3.118,14	0,00	28.063,26
MENOS SUBSIDIO (38%)	1UN	-10.543,37	0,00	-10.543,37
AJUSTE DECENA	1UN	1,52	0,00	1,52
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protc.	0	15.878,00	0,00	15.878,00
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	140,59	0,00	140,59

1 – Total $33.540,00

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

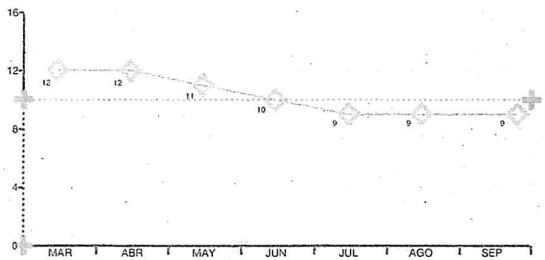
Total a pagar 1 + 2 + 3

$33.540,0

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Dos Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
21 Ago. 2025	8119	REAL
18 Sep. 2025	8130	REAL

m^3 corregido= 8130 - 8119 * Factor de corrección = 9

Tu próxima lectura será

Entre 17 y el 22 de Octubre

Novedades de tu factura

CuVa S 2718.81
Estimado cliente recuerde que tiene entre Sep/2025 y el 28/02/2026 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/03/2026 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

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

(415)7709998026025(8020)60897851(3900)00000000033540

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

28 Feb. 2026

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m^3 de gas este mes es de $2719.

Jun. $2881 Jul. $2710 Ago. $2804

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

Componentes tarifarios

Gm: 1496.13 Tm: 541.93 Dm: 611.2 Cm: 0.0
Jp: 69.55 Cvm: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

MJ/m^3 Tu consumo en m^3 de gas equivale: 106 kWh y el precio unitario del kWh es: $165.282

Factor de corrección

Vm: 11 Kp: 0.76865 Kt: 1.00617 Ft: 0.77339
Vc: 9 Tm: 13.79 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.0234 F^2 pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77339

Indicadores de calidad

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



CUFE:1aada7bf5c5209acb1500a01eb45c4ce48cf8a010c5cd6a1c53c0ed3f27434e4e0619601145a6210114731c331b5b37 Factura No. F15B65166003

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

HC: 13	MICROCHIP: SI 900255003213928	FECHA: 29/10/25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Princesa			COLOR: Beige/Gris	
ESPECIE: CANINO X FELINO ____ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 3A	PESO: 6.4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO ____ MIXTO X OTRO ____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO ____ REGALADO X PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Claudia Victoria Pimentel Lara	DIRECCION Ac 90 #95F-10	TELEFONO 3226526298
CEDULA: SC 327061	CORREO ELECTRÓNICO: claucho_lara@hotmail.com	
BARRO O VEREDA Ciudad Bachue / ESTRATO: 0	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Feb 2025	Agosto/25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa Enero/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. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38,0 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,8 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,8 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,14 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	Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Munoz Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	52327061 BTA

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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 DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR ☐ DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 52.327.061



Apellidos
PIMENTEL LARA

Nombres
CLAUDIA VICTORIA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.60	F

Fecha de nacimiento
22 FEB 1978

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
FLORENCIA (CAQUETA)

Fecha y lugar de expedición
02 ABR 1996, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
02 NOV 2033

.CO

033050777

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL033050777415001<<<<<<<<<<
7802225F3311020COL52327061<<<5
PIMENTEL<LARA<<CLAUDIA<VICTORI

enel Bogotá

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

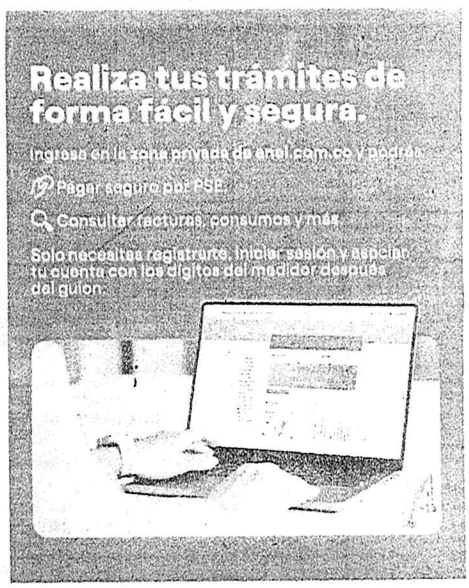
Para pagos y consultas su número de cliente es: **0630916-3**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 368975711-0

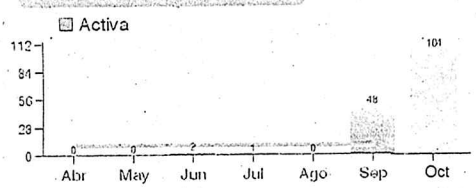
CARLOS ALFONSO VELOZA
AC 90 NO 95 F 10 BQ 1 AP 2100
INT 102 PISO 1
BOGOTA, D.C. - CIUDAD BACHUE

04 711 4493 / 10022044

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



CONSUMO Y LECTURA DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $798,17

CONSUMO DIARIO: 3,25 kWh

VALOR DIARIO: $3.113

CONSUMO PROMEDIO DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES 0 kWh

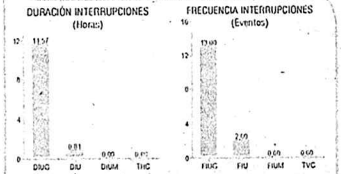
PERÍODO FACTURADO: 30 AGO/2025 A 30 SEP/2025 | **DÍAS FACTURADOS:** 32 | **CONSUMO MES** 104 kWh

LA FACTURA ESTÁ BASADA EN CONSUMO REAL

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	4,10
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007047114493
RUTA LECTURA:	37047010098
MANZANA DE LECTURA:	MS00563002
MEDIDOR NO:	10022044
SUBCLASE:	Basica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 11230TH1 GRUPO: 11 NC: 0.00 VC: 0.00 CIC: 0.00
PERIODO: 2025/09 DI: 250.44 CI: 0.00000 NC: 0.00 NF: 1.00 %F: 0.00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

- Trámites y solicitudes: enel.com.co/es/personas/radicaciones
- Chat de servicio en: enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
- 318 830 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
- Enel Colombia · @EnelClientesCO
- Regístrate gratis
- Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

Bogotá y Cundinamarca	Línea gratuita	Línea nacional
601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140055 durunidad@enel.com

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

CONSEJOS DE SEGURIDAD ENERGÍA

Revisa tus cables regularmente. Mantenerlos en buen estado es una forma sencilla de asegurar un entorno confiable y libre de riesgos.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de pago PSE en Zona Privada enel.com.co · Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: dale! · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios: CONFECOOP · efácil · Reval · MOVIRED · efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: Únicamente Cnée, Corabastos y Facatativá

Código QR

Almacenes de Cadena

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del pago. El pago en la red distrital no es oportuno y genera un cobro adicional en caso de retiro.



Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en:
www.enelxstore.com/co/es sección "Comparto mi energía"
Aporte sugerido: $9.961

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: **Vigencia: AGO/2025**
G: $273,42 T: $56,93 D: $200,01 CV: $75,19 PR: $56,46 R: $46,16 CF: $0,00 / $799,17 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL13-11203TR1 - NIVEL DE TENSIÓN1 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 Regimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

Esta factura no cobra precio mínimo mensual en cumplimiento de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2018, la cual modifico el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y los usuarios. Para obtener mayor información, 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 usuario para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención dedicados por cada Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 04/10/2025 01:02:32
FECHA EXPEDICIÓN: 04/10/2025 15:05:40

Proyecto Tecnológico Canal de Facturación y Servicios S4S BIC - Nombre del SW: CENFacturación - NIT 830 321 151-6

DE: dc92f2a72617ba93c80e01cb8d57b772a8d9d459942b17c92fae9a368d16603d933597c653b6d3f65da87f2ee8bc0c4b

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	3 Total a Pagar	PAGO OPORTUNO
$99.610		$0		$99.610	15 OCT /2025
					FECHA DE SUSPENSIÓN ① 17 OCT/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0630916-3 — 30 OCT /2025

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de Energía	×	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	42.876		42.772		104		1		104	104		$798,17		$83.010
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$290,01		$0
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20,00 % DEL VALOR FACTURADO													$16.602
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $3.113 DIARIOS												SUBTOTAL:		$99.612

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-2
SUBTOTAL:	$-2

Consumos + Otros cobros asociados a energía — ① TOTAL ENERGÍA: $99.610

Otros cobros de productos y servicios

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo — ② TOTAL OTROS: $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $111.764

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: La tarifa final es de: $798,17

Defensor del cliente **Enel.**

Estamos aquí para ayudarte.

Si previamente nos habías contactado para realizar una solicitud y esta no fue resuelta, contáctanos directamente por **defensor@enel.com** o **denuncias@enel.com**, o simplemente escanea nuestro QR para hacer una videollamada.

¡Trabajaremos junto a ti para encontrar una solución!

DEFENSOR DEL CLIENTE
defensor@enel.com denuncias@enel.com

Conoce más escaneando este código



NÚMERO DE CLIENTE
0630916-3

Documento Equivalente Electrónico No.
368975711-0

(415)7707209914253(8020)010630916336897571l0(3900)00000000099610

PAGO OPORTUNO
15 OCT /2025

TOTAL A PAGAR
$99.610