



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

HC	72	900255003213930	NO	FECHA: 29-10-2025.	
ORIGEN : CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	COMUNIDAD
1. DATOS DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Canelo			COLOR:	Pardo blanco
ESPECIE: CANINO_FELINO	SEXO: HEMBRA	RAZA	EDAD	PESO: 4.6 KG	MANEJO ESPECIAL: SI NO
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO CONCENTRADO MIXTO OTRO	
ORIGEN: NS/NR_RESCATADO COMPRADO ADOPTADO REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO					
2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE					
NOMBRES Y APELLIDOS: Liseth Viviana Morales Alape			DIRECCION: CL 11A 60F 77		TELEFONO: 3223647064
CEDULA: 1018 490172			CORREO ELECTRÓNICO: Liseth.Viviana@outlook.com		
BARRIO O VEREDA: Bella Vista			ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Profesional			TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO RURAL		
3. ANAMNESIS					
En buen estado de salud.					
ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:			
N/A	10-2025.	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa			
FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa		LEUCEMIA: dd/mm/aaaa		RABIA: 10-10-2025.	
4. EXAMEN CLÍNICO					
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno		
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno					
CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E.			CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5		
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS					
F. CARDIACA: 96 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °C	TLLC 2 se g	MUCOSAS: Rosadas	
OBSERVACIONES:					
7. MEDICACIÓN					
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN	DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM		
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV		
	Ketopina	0.1 ml.			
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.7 ml.	0,5mg/kg IV		
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM		
	MELOXICAM	0.12 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			FIRMA		
Valentina Alonso Ferrer			[Firma]		
MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 31331			FIRMA		
[Firma]			[Firma]		



8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:

[Firma manuscrita]

Nro de Identificación:

108490172

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACION/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 **1.018.490.172**
MORALES ALAPE

APELLIDOS

LISETH VIVIANA

NOMBRES

Liseth Morales
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-OCT-1996**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

31-OCT-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-00840127-F-1018490172-20160714

0050481590A 3

45261762





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

HC	73	MICROCHIP:	SI	Expiry-Date: 2030/07/26 900255003213962	FECHA: 29/10/25
ORIGEN : CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	COMUNIDAD X
1. DATOS DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Mono			COLOR:	amarillo atigrado
ESPECIE: CANINO_FELINO X	SEXO: HEMBRA MACHO X	RAZA	MESTIZO	EDAD	2A
PESO: 4.4 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: Blanca Firdemaria Suarez Inco			DIRECCION: Kr 89A #93-16/68		TELEFONO: 3192352881
CEDULA: 41327126			CORREO ELECTRÓNICO: Piramanriquesuarezfernando@gmail.com		
BARRIO O VEREDA: Quirigua			ESTRATO: 3		LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Primaria			TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL		
3. ANAMNESIS					
Buena salud					
ULT. CELO: N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: Julio 25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R			
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa					
FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa					
4. EXAMEN CLÍNICO					
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO X		SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno					
CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E.		CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS					
F. CARDIACA: 120 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38.0 °c	TLLC 2 se g	MUCOSAS: mojadas	
OBSERVACIONES:					
7. MEDICACION					
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN	DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM		
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV		
	Atropina	0.2 ml.			
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.8 ml.	0.5mg/kg IV		
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM		
	MELOXICAM	0.17 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	Eleen Nathaly Beltrán MÉDICA VETERINARIA U.N.A.L. T.P. 27701			FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alencá Ferraz MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441			FIRMA	



8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:

[Firma manuscrita]

Nro de Identificación:

41 3 22 120

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACION/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 **41.327.126**

SUAREZ JUNCO

APELLIDOS
BLANCA FLOR DE MARIA

NOMBRES

Blanca Suarez Junco
FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-1944**

TIBANA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

02-SEP-1966 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500100-00110741-F-0041327126-20081024 0004788253A 1 6170019249



(415)7709998026025(8020)61626525(3900)00000000070570



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

HC	74	MICROCHIP:	Expiry-Date: 2030/07/26	FECHA:	29-10-25
ORIGEN : CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	COMUNIDAD X
1. DATOS DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Axel			COLOR:	Blanco/amarillo
ESPECIE: CANINO_FELINO X	SEXO: HEMBRA MACHO X	RAZA	MESTIZO	EDAD	6M
PESO: 4.7 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 MIXTO X OTRO	
ORIGEN: NS/NR_RESCATADO X COMPRADO ADOPTADO REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO					
2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE					
NOMBRES Y APELLIDOS: Nicolas Hernandez acavedo			DIRECCION	TELEFONO	
CEDULA: 1014 202 628			CL 87 A N° 95 H 25	300 2736730	
CORREO ELECTRÓNICO: nicolas.hernandez.acavedo278@gmail.com					
BARRIO O VEREDA Ciudad Bachue		ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ		
ESCOLARIDAD: Bachillerato		TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL			
3. ANAMNESIS					
Buena salud					
ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa N/A	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/A			
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa		TRIPLE: dd/mm/aaaa	PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa	HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa	
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 FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS					
F. CARDIACA: 92 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °C	TLC 2 se g	MUCOSAS: Rosadas	
OBSERVACIONES:					
7. MEDICACIÓN					
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN	DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM		
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV		
	Propofol	0.2 ml.			
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.7 ml.	0.5mg/kg IV		
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM		
	MELOXICAM	0.18 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	Gina Paola Rodríguez G			FIRMA	[Firma]
TARJETA PROFESIONAL	Medica Veterinaria MSc T.P. 9743				
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO	Valentina Alonso Ferrero			FIRMA	[Firma]
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441				



8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:

Nicolas Hernandez Ascaro

Nro de Identificación:

1041202688

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACION/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

Firma

Nicolás Hernández

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos
HERNANDEZ ACEVEDO

Nombres
NICOLAS

Nacionalidad
COL

Fecha de nacimiento
24 JUL 2007

Lugar de nacimiento
BOGOTÁ D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
24 JUL 2025, BOGOTÁ D.C.

Fecha de expiración
24 JUL 2035

NUIP 1.014.202.628

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.014.202.628

Nombres
NICOLAS

Nacionalidad
COL

Estatura
1,71

Sexo
M

Fecha de nacimiento

24 JUL 2007

Lugar de nacimiento

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición

24 JUL 2025, BOGOTA D.C

Fecha de expiración:

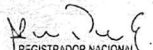
24 JUL 2035

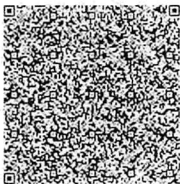
Nicolas Fernandez



066204769




REGISTRADOR NACIONAL
Perman Penagos Grade



ICCOL066204769815001<<<<<<<<<
0707240M3507245COL1014202628<9
HERNANDEZ<ACEVEDO<<NICOLAS<<<<



REGISTRADOR NACIONAL
Hernan Penagos Giraldo



ICCOL066204769815001<<<<<<<<<
0707240M3507245COL1014202628<9
HERNANDEZ<ACEVEDO<<NICOLAS<<<<





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

HC	75	MICROCHIP:	SI	Expiry-Date: 2030/07/26 900255003213993	FECHA: 29-10-25
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	COMUNIDAD X
1. DATOS DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Michi			COLOR:	Gris atigrado
ESPECIE: CANINO_FELINO X	SEXO: HEMBRA MACHO X	RAZA	Mestizo	EDAD	1A
PESO: 3.7 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 COMPRADO ADOPTADO X REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO					
2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE					
NOMBRES Y APELLIDOS: Eda Maria Gonzalez Castillo			DIRECCION: C/ 97 # 92-22		TELEFONO: 3112898777
CEDULA: 30206237			CORREO ELECTRÓNICO: gonzalez22xx@gmail.com		
BARRIO O VEREDA: Bachue		ESTRATO: 1	LOCALIDAD: ENGATIVÁ		
ESCOLARIDAD: Primaria		TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO_RURAL			
3. ANAMNESIS					
Buena Salud					
ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa Julio/25.	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:			
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa			
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa Julio/25.			
4. EXAMEN CLÍNICO					
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO X		SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: N/A			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno					
CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E.		CONDICIÓN CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS					
F. CARDIACA: 92 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °C	TLLC: 2 se g	MUCOSAS: Rosadas	
OBSERVACIONES:					
7. MEDICACION					
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES		
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM		
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV		
	Atropina	0.2 ml.			
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.7 ml.	0.5mg/kg IV		
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.26 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 ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Ferrero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441			FIRMA	



8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO** _____ la 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 riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:

Eda Maria Gonzalez Castillo

Nro de Identificación:

CC. 30206237

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 (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZON:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACION/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 30.206.237

GONZALEZ CASTILLO

APELLIDOS
EDA MARIA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-OCT-1966

BOLIVAR
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

07-FEB-1994 BARBOSA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00130626-F-003024-237-20081122 0006684605A 2 1270026007

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 tenerlo,

tan fácil y seguro que se pagaría.

Mundo digital Vanti

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



Botón PSE



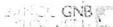
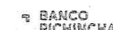
Botón Bancolombia

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



Escanea para
pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades



*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.



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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatría
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

Ingresar a www.grupovanti.com
y conoce los pasos para agendar tu cita.



iHola!

JORGE NUMAEL CRUZ
CL 97 92 22 01 00001 - BACHUE
BOGOTÁ

vanti

Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.

Medidor Gas No. 5037101-77658

Lote: P16GN Ruta: 0011460134800005010 Código del Sector: 346

Cuenta o referencia de pago 61539486

vanti
LISTO

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

TU CUPO VANTI LISTO
APROBADO ES:

\$ 4.000.000

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.

¡Aniversario!
vanti Listo
con sorpresas
De: mí - Para: mí

TECHRED **GrupoMepes** **Multintegral** **Mansión** **SUPERMOTOS**

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 TVC 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.

346

0011460134800005010

P16GN

25684

C1

7010127603025 VANTI
CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.872-9



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

HC	76	MICROCHIP:	SI	Expiry-Date: 2030/07/26 900255003213715	FECHA:	29-10-25.
ORIGEN : CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	COMUNIDAD	X
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	MONO				COLOR:	anaranjado
ESPECIE: CANINO_FELINO X	SEXO: HEMBRA MACHO X	RAZA	MESTIZO	EDAD	7M	PESO: 7.8 KG
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	
CAROLAIN Tatiana Cardenas Rivera			TV 94 L N° 85-20		3115792704	
CEDULA:			CORREO ELECTRÓNICO:			
1074307077			carolinecardenas333@gmail.com			
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:	LOCALIDAD: ENGATIVÁ		
Quirigua			3			
ESCOLARIDAD:			TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL			
Bachiller						
3. ANAMNESIS						
Buena Salud						
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN:				
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	NS/NR: N/R				
N/A	Agosto/25					
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa						
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa						
FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa						
4. EXAMEN CLÍNICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO X			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno						
CLASIFICACION ASA: I. ALII. IV. V. VI. E.			CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDIACA:	I/m	F. RESPIRATORIA:	r/m	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
97		78		38.2 °C	2 se g	Resaca
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	0.15 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV			
	Atropina	0.15 ml.				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.12 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.12 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.02 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	Gina María Rodríguez G			FIRMA		
TARJETA PROFESIONAL	Medica Veterinaria (HSc) T.P. 9743					
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO	Valentina Alonso Forero			FIRMA		
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441					



8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:

Marilain Carden

Nro de Identificación:

1014307077

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACION/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 **1.014.307.077**

CARDENAS RIVERA

APELLIDOS
CARDENAS RIVERA

NOMBRES
CARDENAS RIVERA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **21-JUL-1999**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-JUL-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNAN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO



A-1500150-01475873-F-1014307077-20241114 0142698888A 2 8513376214

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-2
Calle 93 No. 15 - 45 Piso 1

YESID AGULLON
TV 94 LNO 85 20 Pl 2
PISO 2
BOGOTA, D.C. - QUIRIGUA

04 703 4895 / 12120220



Escanea la imagen
visualiza tu código

Para pagar y consultar
nuestro número de cliente es:

3850506-2

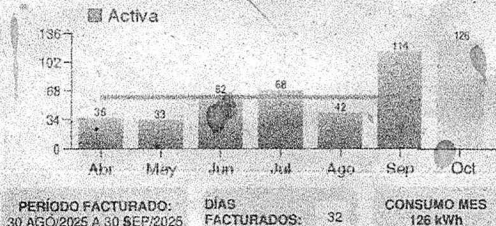
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 368912128-5

**Realiza tus tramites 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

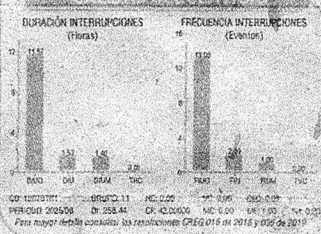
Solo los clientes registrados en la Zona Privada podrán
ver y consultar los datos de medio de pago del cliente



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 3
CARGA KW: 3,00
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 30007047034895
RUTA LECTURA: 37047170670
MANZANA DE LECTURA: MSD0561852
MEIDOR NO: 12120220
SUBCLASE: Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Trámites y consultas en el.com.co/personas/ediciones

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

318 860 6003 (línea Bot o paso Autor)

Enel Colombia

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca

601 5 115 115

115 Grupos de atención

601 5149666

denuncias@enel.com

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

defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Métodos virtuales de Pago

APP Banco

Internet

Teléfono Banco

Código Automático

Cuenta Electrónica

APP Enel Clientes Colombia

Botón de pago PSE

Botón de pago Recaudante

en Zona Privada enel.com.co

Móvil Nequi

tpapa

Correspondientes Bancarios

RED DISTRIB

Centros de Servicio

Código QR

CONRED

enel

Reval

RED CAPE

enel

Administración de Cuentas

enel

Inscríbete a la factura virtual

Enel y aprovecha los beneficios

Si deseas recibir tu factura virtual, debes estar suscrito al servicio. El envío de la factura virtual no genera ningún costo adicional en tu factura mensual.

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

O: 575.42 T: 555.92 D: 220.00 CF: 575.19 PR: \$55.45 RI: \$46.16 CF: 30.00 / \$798.17 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Construcción de Energía Eléctrica Tarifa 1.04 por kWh. Sondeos autorizados según Resolución No. 0547 de 20 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN GREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente acepta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de dicho mecanismo de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información consulte 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. E.S.P. Somos grandes contrayentes según resolución No 5091 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en su defecto de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa proveedora o la suspensión del servicio.

Esta factura de costo presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la Ley 142 de 1994.

En cumplimiento de la resolución GREG 015 de 2014, la cual modificó el Código de Procedimiento Civil, se establecieron obligaciones, atribuciones y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, invitamos a consultar en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

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

El proveedor 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: 860.063.875-2. Emitido vigila por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN:
04/10/2025 01:50:34
FECHA EXPEDICIÓN:
04/10/2025 15:11:13

CUDE: 09782e955c009028a0315a05272eue55d02823eadd9edeb3c1a1b0498de9e3e32337496a605bd16d823a1b

Proveedor: Tecnología, Curvial, Tecnología y Servicios SAS SIC: Nombre del SW: CE y Finanzas: NIT 800



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

HC	77	MICROCHIP:	SI	900255003213954	FECHA:	29/10/25
ORIGEN: CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	COMUNIDAD	X
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	Ramon			COLOR:	Negro	
ESPECIE: CANINO_FELINO X	SEXO: HEMBRA MACHO X	RAZA	MESTIZO	EDAD	4m	PESO: 29 kg
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: Jenny Paola Vargas Mendoza			DIRECCIÓN: Kr 940 #93-35		TELÉFONO: 3778172539	
CEDULA: 1014253684			CORREO ELECTRÓNICO: jenny237093@gmail.com			
BARRIO O VEREDA: Luis Carlos Galan			ESTRATO: 1		LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachillerato			TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL			
3. ANAMNESIS						
Buena Salud						
ULT. CELO: N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: N/A	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/A				
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa						
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa						
FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa						
4. EXAMEN CLÍNICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO X			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno						
CLASIFICACIÓN ASA: I. II. III. IV. V. VI. E.			CONDICIÓN CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDIACA: 92 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °C	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosadas		
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACIÓN						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV			
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	Propofol	0.8 ml.	0.5mg/kg IV			
	PEN (S.P.B.)	0.2 ml.	20,000 UI/kg IM			
POST OPERATORIO	MELOXICAM	0.1 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/orquitectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.						
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL			Gina Paola Rodríguez & Médica Veterinaria (MSc) T.P. 9743		FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL			Valentina Henao Ferrer Médica Veterinaria U.D.C.A. T.P. 41441		FIRMA	



8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:

Jenny Vargg

Nro de identificación:

1014253684

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. identificación:

FIRMA:

AUTORIZACION/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 1.014.253.684

VARGAS MENDOZA

APELLIDOS

JENY PAOLA

NOMBRES

Jenny Vargas.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-OCT-1993
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.45

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

26-ABR-2012 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00545089-F-1014253684-20140209

0037102290A 1

1272741608



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:

1368304-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 368952600-3

CLIENTE

JUAN BAUTISTA ARIAS

KR 94Q NO 93 35

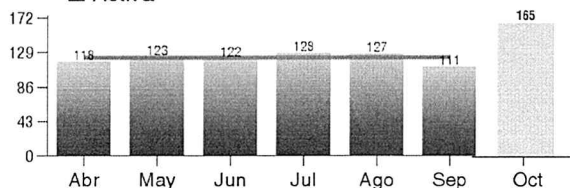
BOGOTÁ, D.C. - L.U.A.S CARLOS GALA.N



04 710 8136 / 25024554

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



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

DIAS
FACTURADOS: 32

CONSUMO MES
165 kWh

VALOR kWh
APLICADO
\$798,17

CONSUMO DIARIO:
5,16 kWh

VALOR DIARIO:
\$2.437

CONSUMO PROMEDIO
ULTIMOS 6 MESES:
122 kWh

Tu consumo actual no supera los meses de mayor consumo de los últimos 2 años

INFORMACION DE LA CUENTA

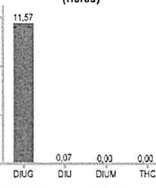
CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 1
CARGA kW: 2,00
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 30007047108136
RUTA LECTURA: 37047020329
MANZANA DE LECTURA: MS00566148
MEDIDOR NO: 25024554
SUBCLASE: Básica

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

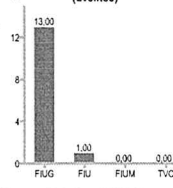
Revisa tus cables regularmente.
Mantenerlos en buen estado es una
forma sencilla de asegurar un entorno
confiable y libre de riesgos.

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACION INTERRUPCIONES
(Horas)



FRECUENCIA INTERRUPCIONES
(Eventos)



CD: 11266TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025-08 DI: 258,44 CF: 127,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %t: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
enel.com.co/personas/indicaciones
Chat de servicio en
enel.com.co/personas/chat-de-atencion
316 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)

Regístrate gratis

Zona privada
de la página Web
App Enel Clientes Colombia



ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE

Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

EMERGENCIAS

115 Gratuito
las 24 horas.

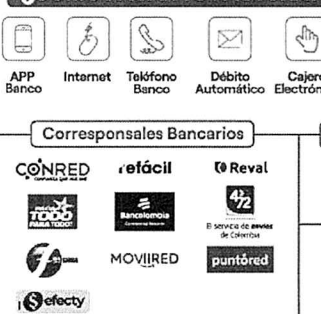
DENUNCIAS

601 5140055
denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?



Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Inscríbete a factura
electrónica*
y aprovecha los
beneficios.

Escanear el código



FECHA GENERACIÓN:
04/10/2025 01:12:51
FECHA EXPEDICIÓN:
04/10/2025 14:30:13

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

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: BL13-11266TR1 - NIVEL DE TENSION: 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 comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.
*Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.
En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co

¡IMPORTANTE! En cumplimiento de la resolución CREG 039 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 comunicarte a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirígete 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.



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

HC	78	MICROCHIP:	SI	900255003213945	FECHA:	29-10-25.	
ORIGEN : CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	COMUNIDAD	X	
1. DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE:	ORTON				COLOR:	Negro	
ESPECIE: CANINO_FELINO	X	SEXO: HEMBRA	MACHO	X	RAZA	Mestizo	
EDAD	9m	PESO:	3.8 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	
ORIGEN: NS/NR_RESCATADO							
2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE							
NOMBRES Y APELLIDOS:	Juvonne Milena Molina Wilches				DIRECCION	Kr 95 D N° 86 B 15	
CEDELA:	52 881790				TELEFONO	3115957485	
BARRIO O VEREDA	Ciudad Bachue				ESTRATO:	2	
ESCOLARIDAD:	Profesional				CORREO ELECTRÓNICO:	james0578@gmail.com	
TIPO DE VIVIENDA:	CASA				LOCALIDAD:	ENGATIVÁ	
3. ANAMNESIS							
Buena Salud							
ULT. CELO:	dd/mm/aaaa		ULT. DESPARASITACIÓN:	dd/mm/aaaa		ULT. VACUNACIÓN:	NS/NR:
N/A			Junió/25			CANINOS PARVO:	dd/mm/aaaa
TRIPLE: dd/mm/aaaa							
PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa							
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa							
PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa							
RABIA: dd/mm/aaaa							
FELINOS:							
TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa							
LEUCEMIA: dd/mm/aaaa							
RABIA: dd/mm/aaaa							
4. EXAMÉN CLÍNICO							
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI	NO X		SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS:	Ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS:	ninguno						
CLASIFICACION ASA: I.	III. IV. V. VI. E.		CONDICIÓN CORPORAL:	2 / 5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS							
F. CARDIACA:	92	l/m	F. RESPIRATORIA:	19	r/m	TEMPERATURA:	38.1 °C
TLLC	2	se	MUCOSAS:	rosadas			
OBSERVACIONES:							
7. MEDICACION							
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES				
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM				
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	Propofol	0.2 ml.	0.5mg/kg IV				
	PROPOFOL	0.1 ml.	0.5mg/kg IV				
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.1 ml.	20,000 UI/kg IM				
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2mg/kg SC				
HALLAZGOS ANORMALES:							
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.							
NOMBRE DEL MVZ	Gina Paola Rodríguez		FIRMA				
CIRUJANO	Medica Veterinaria MSC						
TARJETA	T.P. 9743						
PROFESIONAL							
NOMBRE DEL MVZ	Valentina Alonso Forero		FIRMA				
ANESTESIOLOGO	MÉDICA VETERINARIA						
TARJETA	U.D.C.A. T.P. 41441						
PROFESIONAL							



8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que iriten 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 declaración realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:

Nro de identificación:

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACION/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 52881790

MOLINA WILCHES
APELLIDOS

IVONNE MILENA
NOMBRES

Ivonne Milena Molina
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-MAY-1981
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

A-
G.S. RH

F
SEXO

23-JUN-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500114-42109925-F-0052881790-20030409 0145903098A 03 134521380



Bogotá



ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-0
Calle 93 No. 15 - 45 Piso 1

CLIENTE

LUZ STELLA BELTRAN

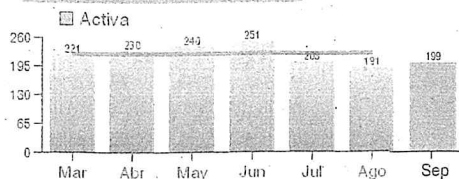
KR 95 D NO 86 B 15 BO 1 IN 11
INT 111
BOGOTÁ, D.C. - CIUDAD BACHUE I ETAPA

05 703 3729 / 6076041



¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO
\$785,53

CONSUMO DIARIO:
6,22 kWh

VALOR DIARIO:
\$3,618

CONSUMO PROMEDIO
ULTIMOS 6 MESES:
222 kWh

PERÍODO FACTURADO:
01 AGO/2025 A 01 SEP/2025

DÍAS
FACTURADOS:

32

CONSUMO MES
199 kWh



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

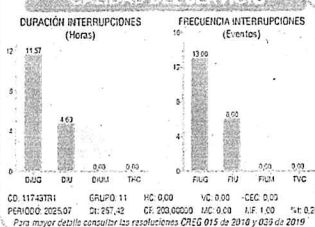
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 2
CARGA kWh: 3,00
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 30007057033729
RUTA LECTURA: 37057940597
MANZANA DE LECTURA: MS00563120
MEDIDOR NO: 6076041
SUBCLASE: Básica



USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA
Revisa tus cables regularmente.
Manténlos en buen estado es una forma sencilla de asegurar un entorno cómodo y libre de riesgos.

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 11743TR GRUPO 11 HC: 0,00 VC: 0,00 DEC: 0,00
PERÍODO 2025-07 DI: 267,42 CF: 203,00229 VC: 0,00 I.F: 1,00 I.F: 1,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2016 y 053 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
en: enel.com.co/es/personas/usuarios
Chat de servicio en
enel.com.co/es/personas/chat-de-servicio
315 690 6003 (Línea Bot o paso Asesor)

Regístrate gratis
Zona privada de la página Web



ENEL COLOMBIA
ENEL CLIENTES COLOMBIA

EMERGENCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca
801 5 115 115

REQUERIMIENTOS
801 5140055
denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Métodos virtuales de Pago

Apps: APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia

Botón de pago PSE, Botón de Pago Cancelable en Zona Privada enel.com.co

Corresponsales Bancarios: CONRED, Refaol, Revel, MOVIBRED, Santander

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: DUMBO, Metro

Billete Virtual: MOV, Nequi, Paga

Código QR

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.



Si pagas en un comerciante bancario, asegúrate de recibir el código QR. El pago del comerciante no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: JUL/2025
C: \$263,21 T: \$35,84 D: \$296,33 CV: \$77,77 PR: \$37,58 R: \$16,83 CF: \$0,00 / \$785,53 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CICUITO: BL29-11743TR- NIVEL DE TENSION: PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por kWh. Somos autoretenciones 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 comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No 5581 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 previa a la suspensión del servicio.

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

En cumplimiento de la resolución CREG158/11 consultar www.enel.com.co

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

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención brindados 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. 860.063.875-0. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN:
05/09/2025 00:10:39
FECHA EXPEDICIÓN:
05/09/2025 12:55:23

COMPROBANTE DE PAGO
COMERCIALIZADORA DHR
Dirección
CALLE 87 # 95-40 LOCAL 1

Fecha
2025/09/15 12:41:49
Concepto
RECAUDO ENEL
Nro de transacción
1234837369
Comercializador
C:2024062012200208
Código de Pago
9957535468
Referencia
06393655
Valor
\$ 266060

1
Energía
\$115.763

2
Portafolio Enel X
\$150.297

Total a Pagar
\$266.060

PAGO OPORTUNO
16 SEP /2025
FECHA DE SUSPENSIÓN
18 SEP/2025

ENERGÍA **NÚMERO DE CUENTA** 0639365-5 **PRÓXIMA FECHA DE LECTURA** 02 OCT /2025

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	Lectura Anterior	Diferencia de lectura	Factor	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	Valor Unitario	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	84.060	83.881	199	1	199	199	\$785.53	\$155.320
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	\$295.33	\$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh \$785,5289 X	Beneficio -39.72 %		\$40.560
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ \$3.618 DIARIOS							SUBTOTAL:	\$115.760

Otros cobros asociados a energía	Otros cobros de productos y servicios
Ajustes a la decena	Tarjeta Credito Amarilla
SUBTOTAL: \$3	\$150.297
 <p>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.</p>	
1 TOTAL ENERGÍA: \$115.763	2 TOTAL OTROS: \$150.297

1 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.

2 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 -39.72 %

Ellos también son familia.

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

Afiliate llamando al:

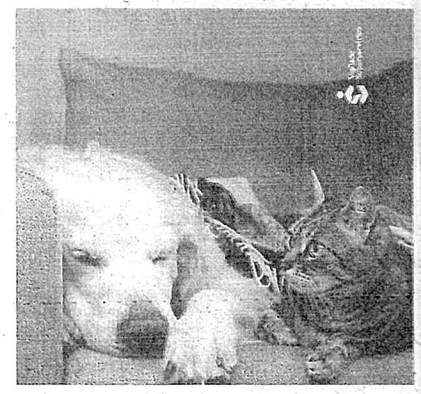
(601) 7447474.

Ingresa a: www.enelxstore.com

o escanea el QR:



Enel X es una línea de negocios de Enel Colombia S.A. ESP con NIT 890.053.375-8 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. Los asistencias ofrecidas a los clientes de enel son prestadas por AXA ASISTENCIA COLOMBIA S.A. NIT 800.244.309-1.



NÚMERO DE CLIENTE
0639365-5



Documento Equivalente Electrónico No.
365426791-0

(415)7707209914253(8020)01063936553654267910(3900)00000000266060

PAGO OPORTUNO
16 SEP /2025
TOTAL A PAGAR
\$266.060



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

HC	79	MICROCHIP:	SI	Expiry-Date: 2030/07/26 900255003213943	FECHA: 29-10-25
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	COMUNIDAD ☒
1. DATOS DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Don Bigotes			COLOR:	Blanco/Grises
ESPECIE: CANINO_FELINO ☒	SEXO: HEMBRA ☐ MACHO ☒	RAZA	MESTIZO	EDAD	4 M
PESO: 2.2 KG		MANEJO ESPECIAL: SI ☐ NO ☒			
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☒ NO ☐		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☒ MIXTO OTRO ☐	
ORIGEN: NS/NR_RESCATADO ☐ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☒ nacido en casa					
2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE					
NOMBRES Y APELLIDOS: Yuseth Daniela Cortes Munevar		DIRECCION		TELEFONO	
CEDULA: 1016946457		Kr 92 #91-23		3702836160	
CORREO ELECTRÓNICO: 3702836160@sin correo.com					
BARRIO O VEREDA Luis Carlos Galan		ESTRATO: 2		LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachillerato		TIPO DE VIVIENDA: CASA ☒ RURAL ☐			
3. ANAMNESIS					
Buena Salud					
ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:			
N/A	Agosto/25				
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa					
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa					
FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa					
Agosto/25					
4. EXAMEN CLÍNICO					
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒		SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno					
CLASIFICACION ASA: I. ☒ II. ☐ III. ☐ IV. ☐ V. ☐ VI. ☐ E.		CONDICIÓN CORPORAL: /5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS					
F. CARDIACA: 92 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °C	TLLC 2 se	MUCOSAS: Rosadas	
OBSERVACIONES:					
7. MEDICACION					
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN	DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml.	1-2mg/kg IM		
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV		
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	Atropina	0.1 ml.			
	PROPOFOL	0.8 ml.	0.5mg/kg IV		
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.15 ml.	20,000 UI/kg IM		
	MELOXICAM	0.02 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	Gina Paola Rodriguez G			FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL	Medica Veterinaria MSC				
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO	Valentina Alonso Ferrero			FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441				



8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:

Nro de Identificación:

1016946457

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACION/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:

NUIP 1.016.946.457



Apellidos
CORTES MUNEVAR

Nombres
YUSETH DANIELA

Nacionalidad	Estatina	Sexo
COL	1.54	F
Fecha de nacimiento	G.S.	
20 JUN 2005	A+	

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
10 ENE 2024, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
10 ENE 2034

Firma



.CO

037096193



REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



```
ICCOL037096193615001<<<<<<<<
0506203F3401103COL1016946457<2
CORTES<MUNEVAR<<YUSETH<DANIELA
```


ATENCIÓN! **NO CAIGAS EN ESTAFAS!**

Paga tu factura solo en: pagos.acueducto.com.co o consulta los canales autorizados.

Enchupando la plataforma de pagos por tu parte esp.

GRUPO CDA MOVILIDAD

CIUDANOS TU VIDA

BOGOTÁ

Cuenta contrato 11445303 N.º de identificación de este predio		Número para pagos 12480895098 Número de esta factura de servicios públicos	
Periodo facturado Aseo JUL/01/2025 - AGO/31/2025 El servicio de aseo se factura de forma bimestral		Datos del usuario Tipo de productor RESIDENCIAL Und. Res. Ocupada: 3 Und. No Res. Ocupada: 0 Und. Res. Desocupada: 000 Frecuencia Barrio: 03 Frecuencia Recolección: 03 % Participación: 0.00% Volumen: 0.00 Densidad: 0.00 Estrato: 2	
Costo Fijo Total CFT. 107.975,85 Costo variable no aprovechables 49.686,45 Valor base aprovechamiento 154.680,98		Estado de cuenta aseo Concepto Valor Aseo residencial \$211.967 Subsidio \$84.787- Subsidio (-) Aporte (+) 40% Valor Aseo \$127.180 Total ingresos del periodo \$127.180 Ingreso que Aseo reporta a la DCM en el periodo actual	
Toneladas por suscriptor mes Barrido y limpieza 0.0025 Limpieza urbana 0.0013 Rechazo del aprovechamiento 0.0000 Efectivamente aprovechables 0.0603 Residuos no aprovechables 0.0380 Aforadas - no aforadas 0.0000		Historico de vigencias cobradas 3 \$132.575 2 \$136.025 1 \$133.320 62 Días liquidados	

acueducto
 AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Historia multimedios, fotos y videos en: www.acueducto.com.co
 - Canal - Canalización, Superintendencia

ICAG
 Natasha Avendaño García
 Representante Legal

¡Hola!

Factura a nombre de
WILSON CRISTIAN FRANCISCO DURA

Dirección del predio
KR 92 91 23

Barrio: **LUIS CARLOS** Localidad: **ENGATIVA**

Dirección de correspondencia

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

Datos de tu medidor
 Marca WATERTECH ITALIA Tipo VELO015T2
 Serie 11-1311835 Diámetro pulgadas 1/2

Para el reparto **ZONA: 2 CICLO: F2 RUTA: F22237** **BIMESTRAL**

11445303 **12480895098**
Cuenta contrato **Número para pagos**
 Núm. de identificación de este predio Número de esta factura de servicios públicos

Periodo facturado **JUN/21/2025 - AGO/20/2025**

Pago oportuno **SEP/24/2025** Suspensión **SEP/29/2025**

Fecha esperada próxima factura **NOV/18/2025** Fecha y hora de expedición factura **SEP/06/2025 07:04:46** **SEP/06/2025 13:53:53**

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

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

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 57m³

61 54 55 52

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período

Promedio al día



52.000



852

En este período consumiste menos agua que en el anterior.

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	3672	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	3620	Base promedio	
Tu consumo este período	52	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Para reducir tu consumo, recuerda:



Cerrar la llave cuando te cepilles los dientes.



Usar la lavadora con la carga completa.



Recoger el agua de la ducha en un balde mientras esta se calienta.

Datos de tu medidor

Marca	WATERTECH ITALIA	Tipo	VELO015T2
Serie	11-1311835	Diámetro pulgadas	1/2

Tu cobro en este período

Acueducto
\$168.494,14

+

Alcantarillado
\$173.171,30

+

Otros cobros
\$7.050-

+

Aseo
\$127.180

A

B

C D E F

G

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

Consulta el detalle atrás

Escanea y paga virtual



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

Total ingresos del período

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

= Total a pagar

\$461.795

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 76b90f2135d75add14ddb7ac628dfb04463f6f50efbe017a2465f4f6fd5a9d567020671ec25d4c3822ec208b3c45bffa

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto						B Alcantarillado					
Cant. x	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)**	%	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa x Cant.)	Cant. x	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)**
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	\$9.504,77	-40	%	\$7.604-	\$5.702,86	=	\$11.405,54	2,00	\$4.517,81	-40
Consumo residencial básico (m³)	22,00	\$3.636,30	-40	%	\$31.999-	\$2.181,78	=	\$47.999,80	22,00	\$3.883,09	-40
Consumo residencial superior básico (m³)	30,00	\$3.636,30		%	\$0	\$3.636,30	=	\$109.089,00	30,00	\$3.883,09	
Consumo no residencial (mes)				%			=				
Consumo no residencial (m³)				%			=				
Subtotal				%	\$39.603-		=	\$168.494,14			\$37.785-

* Corresponde a consumos de hasta 11m³ mensuales (22m³ bimestrales). ** (+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1, 2 o 3

*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, se agrega un %.

Tasas ambientales

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

Tarifa consumo básico (\$/m³)	\$17,12
Tarifa consumo superior a básico (\$/m³)	\$0,00
Total por consumo facturado	\$377

Tasa Uso (Acueducto)

Tasa Retributiva (Alcantarillado)

\$51,79
\$86,32
\$3.720

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada período facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Acuerdo 527 de 2024)

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	\$5
D-ben. mín. vital total	\$26.181-
I-intereses de mora	\$280

Subtotal 25.896-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
8300579032-RED ASS	
Asistencia acuahogar	18.846,00
Total iva incluido	18.846,00

Subtotal \$18.846,00

E Conceptos financieros

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

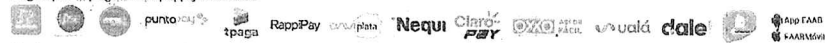
F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

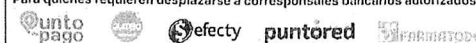
Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras



Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados



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

La EAAB-ESP sólo tiene convenios con los siguientes bancos: Popular, Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudamans y City.

Aseo
Valor a pagar
\$127.180

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si paga con cheque, girar dos cheques únicamente de garantía a nombre de la EAAB-ESP NIT 899.999.094-1 y endosar cada uno con el número de cuenta contrato, indicando cuál corresponda al valor de acueducto y cuál al valor de aseo.



(415)7707200489996(8020)124808950980(3800)00000127180-

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
\$334.615

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



(415)7707200485271(8020)124808950984(3800)000000334615

16199

101196 4995



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

HC	80	MICROCHIP:	SI	Expiry-Date: 2030/07/26	FECHA:	29/10/25
ORIGEN : CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE D.	900255003213963	x
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	Milo			COLOR:	Blanco / Pardo	
ESPECIE: CANINO_FELINO	X	SEXO: HEMBRA	MACHO	X	RAZA	Mestizo
EDAD	2A	PESO:	4.4 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
ORIGEN: NS/NR RESCATADO X COMPRADO ADOPTADO REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO						
2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION		TELEFONO	
Diego Fernando Pramanrique Suarez			Kr 89A #93-16		3792352881	
CEDULA:			CORREO ELECTRÓNICO:			
80033071			pramanriquesuarezfernando@gmail.com.			
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:	LOCALIDAD: ENGATIVÁ		
Quirigua			3			
ESCOLARIDAD:			TIPO DE VIVIENDA: CASA XPTO_RURAL			
Primaria						
3. ANAMNESIS						
Buena salud						
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:				
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	N/A				
	Julio/25	N/A				
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa						
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa						
FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa						
4. EXAMEN CLÍNICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS:			
X			ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno						
CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E.			CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5			
X						
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDIACA:	120 l/m	F. RESPIRATORIA:	20 r/m	TEMPERATURA:	38.2 °c	TLLC 2 se 6
MUCOSAS: rosadas						
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV			
	Atropina	0.2 ml.				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.8 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.1 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			Gina Paola Rodríguez G		FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL			Medica Veterinaria A-15c			
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO			Valentina Alonso Forero		FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL			MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441			



8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:

Nro de Identificación:

80033011

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACION/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:

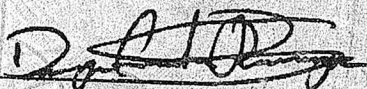
FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80033011**

PIRAMANRIQUE SUAREZ
APELLIDOS

DIEGO FERNANDO
NOMBRES



FIRMA

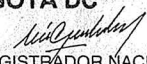


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-MAY-1981**
SANTAFE DE BOGOTA DC
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-MAR-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1500112-42081307-M-0080033011-20000818

0687600232A 01 089006794

Cuenta o referencia de pago 61626525

Medidor Gas No. 5167199-116927

36208

46

vanti

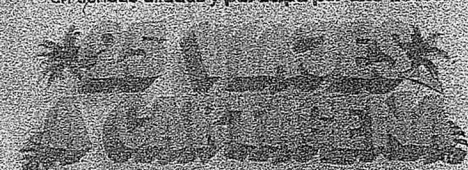
Compro
televisión color mate o des-
mate y mucho más y pago
en cuotas a tu es-
tablecimiento de des-

**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
EST

para dos personas todo incluido.

Conto corrente

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

Finanzia tu compra
a 30 mesi

Espera el gran sorteo:
1º sorteo: 23 de octubre - 15 viajes
2º sorteo: 11 de noviembre - 10 viajes

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

[illegible]

Coluegas

 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.

sequito vanti/

Conoce más aquí



RUEDA SEGURO

te protegemos con los clones, cañerías y asistencias
que los clones con transición en la tecnología.

Planes desde: **\$17.800** mensuales

La información contenida en este documento es confidencial y está sujeta a los términos y condiciones de uso de la Ley de Protección de Datos Personales de la República de Colombia.



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

HC	81	MICROCHIP:	SI	NO	FECHA:	29-10-25
ORIGEN : CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	COMUNIDAD	
NOMBRE:	Pedro	900255003213689	COLOR:	Amarillo		
ESPECIE: CANINO_FELINO	SEXO: HEMBRA	RAZA	EDAD	PESO: 2.5 KG	MANEJO ESPECIAL:	
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR	CASERO	CONCENTRADO	MIXTO	OTRO
ORIGEN: NS/NR	RESCATADO	COMPRADO	ADOPTADO	REGALADO	PERRO DE CUADRA	OTRO
2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:	Karen Viviana Cardenas Rivera.		DIRECCION	C185 #91-15		TELEFONO
CEDULA:	1007476250		CORREO ELECTRÓNICO:	Karenvivianarivera17@gmail.com		
BARRIO O VEREDA	Primavera	ESTRATO:	3	LOCALIDAD:	ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD:	Bachiller	TIPO DE VIVIENDA:	CASA	RAPTO	RURAL	
3. ANAMNESIS						
Bien estado de Salud						
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN:	NS/NR:			
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa					
N/A	08-2025					
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa						
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa						
FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa						
03/2025						
4. EXAMEN CLÍNICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI	NO	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS:				
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno						
CLASIFICACION ASA: I.	III. IV. V. VI. E.	CONDICIÓN CORPORAL: 3/5				
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDIACA:	96 l/m	F. RESPIRATORIA:	29 r/m	TEMPERATURA:	38.1 °C	TLLC 2 se g
MUCOSAS: rosadas						
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACIÓN						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	5 ml.	5-7mg/kg IV			
	Atropina	0.1 ml.				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.7 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.1 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.1 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	Gina Paola Rodriguez G			FIRMA		
CIRUJANO	Medica Veterinaria MSc					
TARJETA	T.P. 9743					
PROFESIONAL						
NOMBRE DEL MVZ	Valentina Alonso Forero			FIRMA		
ANESTESIOLOGO	MÉDICA VETERINARIA					
TARJETA	U.D.C.A. T.P. 41441					
PROFESIONAL						



8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:

Karen Cardenas

Nro de Identificación:

1007470250

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACION/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 1.007.476.250

Apellidos

CARDENAS RIVERA

Nombres

KAREN VIVIANA

Nacionalidad

COL

Estatura

1.56

Sexo

F

Fecha de nacimiento

17 SEPT 2001

G.S.

 O_+

Lugar de nacimiento

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición

23 SEPT 2019, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración

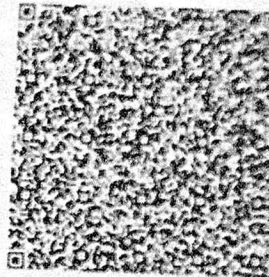
04 SEPT 2033



030686779



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL030684779815001<<<<<<<<
0109176F3309047COL1007476250<9
CARDENAS<RIVERA<<KAREN<VIVIANA



ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 10-10-2001 BY 60322 UCBAW

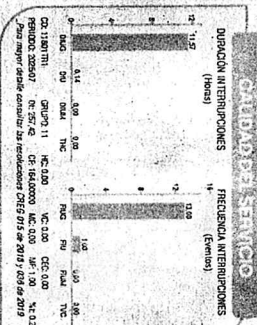


368163200-4

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



04104281-34000



---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Si pones en un correo postal bancario, envías el dinero al destinatario. El envío del correo postal no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPLEMENTOS PARAFRÁSICOS / Complementos del Costo: vigencia: AGO/2025
G: \$273,42 T: \$56,93 D: \$290,01 CV: \$75,19 PR: \$56,46 R: \$46,16 CR: \$0,00 / \$790,17 Costo kWh Mes

[illegible]

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica (o de productos y servicios de valor agregado) en ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P., NTI, 860.025.873-5, Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN:
29/09/2025 00:24:06
FECHA EXPEDICIÓN:
29/09/2025 13:28:13

Realiza tus trámites de forma fácil y segura.

Pagar seguro por PSE

Consultar facturario con unos y mas

Son necesarias registrarse inicialmente y asociar tu cuenta con los datos del medidor, después de que



CONTACTANOS

[illegible]

**Inscríbete a la factura virtual
Enel y aprovecha los beneficios**




\$110.550


\$0


\$110.550

PAGO OPORTUNO
09 OCT /2025
FECHA DE SUSPENSIÓN
14 OCT/2025

ENERGIA

6653231-0

24 OCT /2025

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

DESCRIPCION	Unidad	Consumo	Tarifa	Valor	Factores	Valor	Valor	Valor
ENERGIA ACTIVA TP	kWh	12.536	12.378	158	1	158	158	\$790.17
ENERGIA REACTIVA	kVArh	5.119	5.094	25	1	25	0	\$290.01
SUBSIDIO			Consumo a subsidio 130,00 kWh	X	Valor kWh \$798,1685	X	Beneficio -15.00 %	\$15.564
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO \$3.685 DIARIOS								SUBTOTAL: \$110.547

Otros ajustes a la factura

Ajustes a la derena **\$3**

SUBTOTAL: \$3

Otros cargos de productos y servicios

Productos y servicios diferidos a los servicios de energía y aseo **\$0**

1 TOTAL ENERGIA **\$110.550**

2 TOTAL OTROS **\$0**

En el evento 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 subvención (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.

Afiliate llamando al:

(601) 7447474.

Ingresar a: www.enelxstore.com

enel x

Enel X es una línea de negocio de Enel Colombia S.A. ESP con NIT 997.063.975-8 que hace parte del Grupo Enel y actúa como el prestador del servicio de comercialización, distribución y generación de energía eléctrica y suministrador de gas combustible. Su capital está regulado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. Las asistencias ofrecidas a los clientes de Enel X son prestadas por AXA ASISTENCIA COLOMBIA S.A. NIT 300.244.309-1.



NÚMERO DE CLIENTE
6653231-0

Documento Equivalente Electrónico No.
368163200-4



(415)7707209914253(6020)01665323103681632004(3900)00000000110550

PAGO OPORTUNO
09 OCT /2025
TOTAL A PAGAR
\$110.550



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

HC	82	900255003213997	NO	FECHA: 29-10-2025	
ORIGEN : CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	COMUNIDAD X
1. DATOS DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Romeo			COLOR:	gris blanco.
ESPECIE: CANINO_FELINO X	SEXO: HEMBRA MACHO X	RAZA mestizo	EDAD 1 A	PESO: 5.3 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: Julieth Katherin Mayano Castro			DIRECCION: Cra 95 665 N° 90 APT 1324		TELEFONO: 6879595
CEDULA: 1.030.662.604			CORREO ELECTRÓNICO: Katherinemayano@outlook.com		
BARRIO O VEREDA: Bogota Bachue.		ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ		
ESCOLARIDAD: Bachiller		TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL			
3. ANAMNESIS					
en buen estado de salud.					
ULT. CELO: N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: 09-2025.	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:			
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa					
FELINOS: TRIPLE FELINA: 08-2025 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. III, IV, V, VI, E.		CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS					
F. CARDIACA: 96 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °C	TLLC: 2 se g	MUCOSAS: rosadas	
OBSERVACIONES:					
7. MEDICACION					
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN	DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM		
	KETAMINA	0.2 ml.	5-7mg/kg IV		
	Aluprina	0.2 ml.			
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.8 ml.	0,5mg/kg IV		
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM		
	MELOXICAM	0.21 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. 9745			FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441			FIRMA	



8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:

Katherine Layano

Nro de Identificación:

1030662604

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACION/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 1.030.662.604

MOYANO CASTRO

APELLIDOS

JULIETH KATHERIN

NOMBRES

Katherine
Moyano
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-1996

BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

06-FEB-2014 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA HUCHA



P-1500150-01327399-F-1030662604-20221105

0088969545A 1

9921085324

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:



También puedes pagarla

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



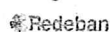
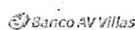
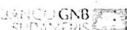
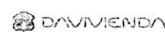
Botón Bancolombia

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



*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.



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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatría
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



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

¡Hola!

GERMAN CRUZ
KR 95G BIS 90A 71 VIR 03 - BACHUE
BOGOTA

vanti

Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.

Medidor Gas No. 5007111-709423

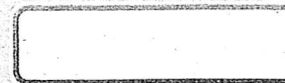
Lote: P16GN Ruta: 0011460126451005200 Código del Sector: 346

Cuenta o referencia de pago **62479757**

vanti
LISTO

Compra
refrigerador, calentador o gas
moto y mucho más y paga
créditos a través
de tu factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO
APROBADO ES:



vanti
LISTO

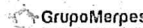
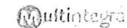
Compra
y podrás recibir un descuento de
\$100.000
sobre el valor de tu compra, si es igual o mayor a
\$2.500.000

Lo verás reflejado en tu próxima factura de gas natural.

*Hasta \$100.000 por cliente.

Cupón válido del 12 de septiembre al 30 de octubre de 2020 y hasta agotar existencias.

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



Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cond boyacense 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 consúltalos en: grupovanti.com/vantilisto/celebraciones

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Atención virtual
Gestiona tu negocio sin salir de casa

346

0011460126451005200

24920

P16GN

C1

7048/27082025 VANTI
CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-3



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

HC	83	900255003213987	NO	FECHA: 29-10-2025
ORIGEN : CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	COMUNIDAD X
1. DATOS DEL PACIENTE				
NOMBRE:	Tigre.			COLOR: Amarillo
ESPECIE: CANINO_FELINO Y	SEXO: HEMBRA MACHO Y	RAZA mestizo	EDAD 1 A	PESO: 4.6 KG
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO Y		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO Y		MANEJO ESPECIAL: SI NO X
		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO CONCENTRADO Y MIXTO OTRO		
ORIGEN: NS/NR_RESCATADO X COMPRADO ADOPTADO REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO				
2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE				
NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Jineth Jimenez Sandoval		DIRECCION: calle 74 # 103 b-08		TELEFONO: 3232144681
CEDULA: 1.023874216.		CORREO ELECTRÓNICO: JimenezSandovalLauraJineth@gmail.com		
BARRIO O VEREDA: El madrigal		ESTRATO: 3.		LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachiller		TIPO DE VIVIENDA: CASA Y APTO_RURAL		
3. ANAMNESIS				
Buen estado de S.O.				
ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:		
9/1	06-2025.	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARA INFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa		
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa		
		06/2025.		
4. EXAMEN CLÍNICO				
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO X		SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: A.I.G.I.O		
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno				
CLASIFICACION ASA: I. A III. IV. V. VI. E.		CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5		
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS				
F. CARDIACA: 96 l/m	F. RESPIRATORIA: 23 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °C	TLLC 2 se g	MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES:				
7. MEDICACION				
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN	DOSIS/OBSERVACIONES		
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM	
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV	
	Aluprina	0.2 ml.		
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.7 ml.	0.5mg/kg IV	
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM	
	MELOXICAM	0.18 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 Rodríguez G		FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero		FIRMA	
		Médica Veterinaria A.I.Sc T.P. 9743		
		MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441		



8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:

Laura Sandoval

Nro de Identificación:

1023874216

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACION/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 ☐

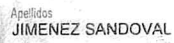
Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

100

NUIP 1.023.874.216



Nombres
LAURA JINETH

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.65	F

Fecha de nacimiento 26 AGO 2005 G.S. A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
31 AGO 2023, BOGOTA D.C.

Firma

na Laura sandova

Fecha de expiración
31 AGO 2033

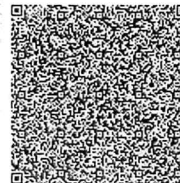


.co

027406340



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL027406340015001<<<<<<<<<
0508263F3308316COL1023874216<1
JIMENEZ<SANDOVAL<<LAURA<JINETH

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.

¡Hola!

JUAN DE JESUS JIMENEZ
CL 74A 103B 8 00001 - EL MADRIGAL
BOGOTÁ

vanti

Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.

Medidor Gas No. 5037199-61897

Lote: P03GN Ruta: 0011670225610005100 Código del Sector: 363

Cuenta o referencia de pago **61494572**

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:



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 contratadas en una sola transacción



Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades



*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.



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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatría
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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. 800.096.912-9

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.

¡Aniversario!
Vanti Listo con sorpresas
De: mí - Para: mí

TECHRED **GrupoMerpes** **Multintegral** **Mansión** **SurfMotos**

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 TVC de campaña con-síntesis en grupovanti.com/vantilisto/celebraciones



Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes



Atención telefónica

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



Atención virtual

Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea gratuita **01 8000 942 794**

Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

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.



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

HC	84	MICI	900255003213941	FECHA:	29-10-2025
ORIGEN : CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	COMUNIDAD X
1. DATOS DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Tommy			COLOR:	Anaranjado
ESPECIE: CANINO_FELINO Y	SEXO: HEMBRA MACHO Y	RAZA	Mestizo	EDAD	1 A
PESO: 4.4 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 Y MIXTO OTRO	
ORIGEN: NS/NR_RESCATADO COMPRADO ADOPTADO REGALADO Y PERRO DE CUADRA OTRO					
2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE					
NOMBRES Y APELLIDOS: Miguel Antonio Patiño Arias			DIRECCIÓN		TELEFONO
CEDULA: 19.137.125			Calle 92 No 94 P 3		3169774846
BARRIO O VEREDA Bachue			CORREO ELECTRÓNICO: 3169774846@sin correo		
ESCOLARIDAD: Bachiller			ESTRATO: 1		LOCALIDAD: ENGATIVÁ
3. ANAMNESIS					
En buen estado de Salud					
ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X.			
VA	08-2025.	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa			
		HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa			
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa			
4. EXAMEN CLÍNICO					
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO X			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno		
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno					
CLASIFICACION ASA: II, III, IV, V, VI, E.			CONDICIÓN CORPORAL: 3/5		
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS					
F. CARDIACA: 98 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °C	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosadas	
OBSERVACIONES:					
7. MEDICACIÓN					
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN	DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM		
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV		
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	Propofol	0.2 ml.			
	PROPOFOL	0.1 ml.	0.5mg/kg IV		
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM		
	MELOXICAM	0.12 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 Rodríguez G		FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL		Valentina Alonso Forero		FIRMA	
		Médica Veterinaria (MSc) T.P. 9743			



8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:

Miguel Antonio Patino

Nro de Identificación:

79437725

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACION/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 19.137.125

PATINO ARIAS

APELLIDOS

MIGUEL ANTONIO

NOMBRES

Miguel A. Patino
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-FEB-1951

ANAPOIMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

10-ENE-1973 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00155474-M-0919137125-20090430 0011170201A 1 1420002417

*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 contra
en una sola
transacción



* Escanea para
pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades



*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.



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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudomeris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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.



7040/27083025 VANTI
CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-9

¡Hola!

MARIA LUCELLY MONTOYA
CL 92 94P 3 00001 - BACHUE
BOGOTA

vanti

Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.

Medidor Gas No. 5037101-61751

Lote: P16GN Ruta: 0011460131980005010 Código del Sector: 346

Cuenta o referencia de pago 61745575

vanti
Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO
APROBADO ES:

\$ 4.000.000

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 15 de octubre de 2025 o hasta agotar existencias.
Paga hasta en 60 cuotas a través de tu factura de gas natural

¡Aniversario!
Vanti Listo
con sorpresas
De: mi - Para: mi

TECHRED **Grupo Merpos** **Multintegral** **Manión** **Super Motos**

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 bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplica TYC de campaña consultadas 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.

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

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

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.

346

0011460131980005010

P16GN

25333

1



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

HC	85	MICROCHIP:	900255003213694	FECHA:	29-10-25
ORIGEN: CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	COMUNIDAD X
1. DATOS DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Kenji Ibarra			COLOR:	blanco negro
ESPECIE: CANINO_FELINO X	SEXO: HEMBRA MACHO X	RAZA	Mestizo	EDAD	2 A
PESO: 4.2 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:		DIRECCIÓN		TELÉFONO	
Luis del Carmen Ibarra Colon		Calle 93 No. 95-39		3502032557	
CEDULA:		CORREO ELECTRÓNICO:			
64-695-577		luisibarra0@ig.ueal.cou			
BARRIO O VEREDA		ESTRATO:		LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
Jus Carlos Galu.		J			
ESCOLARIDAD:		TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL			
Bachiller					
3. ANAMNESIS					
buen estado de salud					
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X			
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa				
N/A	N.R.				
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa					
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa					
FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa					
4. EXAMEN CLÍNICO					
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO X		SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno					
CLASIFICACIÓN ASA: I. II. III. IV. V. VI. E.		CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5			
II. III.					
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS					
F. CARDIACA:	96 l/m	F. RESPIRATORIA:	28 r/m	TEMPERATURA:	38.1 °C
				TLLC	2 se g
				MUCOSAS: Rosadas	
OBSERVACIONES:					
7. MEDICACIÓN					
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES		
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM		
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV		
	Atropina	0.7 ml.			
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.8 ml.	0.5mg/kg IV		
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM		
	MELOXICAM	0.16 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	Gina Paola Rodríguez G			FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL	Médica Veterinaria MSc T.P. 9743				
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO	Valentina Alencor Forero			FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441				



8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:

Luis Ibáñez

Nro de Identificación:

64 695597

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACION/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: