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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
01	Expiry-Date:2030/07/26 900255003213906	08-11-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Katrina			COLOR: Barcano	
ESPECIE: CANINO X FELINO___ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Pitbull	EDAD 3 A	PESO: 15.4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI X NO___
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO X CONCENTRADO____ MIXTO OTRO_____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO_____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO_____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Clara Ines Martin Garzon	DIRECCION Kr 77 Bis 67 30	TELEFONO 3154053550
CEDULA: 39526765	CORREO ELECTRÓNICO: edwinsamiraldana@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Boyaca / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Nov/25	Marzo/25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa Dic/24 HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa ,LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
100 l/m	27 r/m	37.5 °c	2 seg	Rosa.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,1 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 CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Clara Inés Martín Garzon	39526765

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL ☐

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

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

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
MARTIN GARZON

NUIP 39.526.765

Nombres
CLARA INES

Nacionalidad
COL

Estatura
1.64

Sexo
F

Fecha de nacimiento
03 JUL 1959

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
12 JUN 1980, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de exploración
04 OCT 2033

.CO

046455611

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL046455611215001<<<<<<<<<<
5907034F3310045COL39526765<<<6
MARTIN<GARZON<<CLARA<INES<<<<<

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil tenerla,

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redebanr · Itaú · Bancaoía · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davplata · Rappi pay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

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

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

¡Hola!

LUIS MIGUEL MARTIN
KR 77 BIS 67 30 00001 - BOYACA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5087196-151323

176 00113800812900050000 48249 P12GN C1

Lote: P12GN **Ruta:** 00113800812900050000 **Código del Sector:** 176

Cuenta o referencia de pago **60867228**

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:



Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Octubre 2025

Cuenta o referencia de pago 60867228

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
06 Nov. 2025	07 Nov. 2025	Sep. - Oct. 2025	21 Oct. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
FIJO	1UN	4.171,00	0,00	4.171,00
AJUSTE DECENA	1UN	-1,00	0,00	-1,00
Vanti Max Antiguo	1UN	11.294,12	2.145,88	13.440,00

1 – Total $17.610,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

3 – Valor facturas vencidas

$0,00

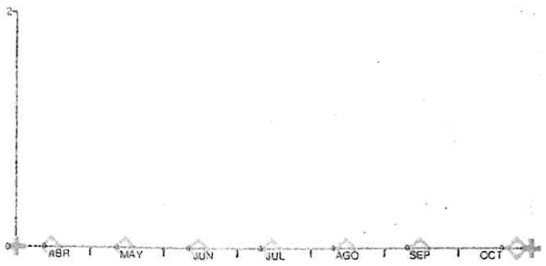
Total a pagar 1 + 2 + 3

$17.610,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Días de consumo 33

Fecha	Lectura	Tipo
14 Sep. 2025	5232	REAL
16 Oct. 2025	5232	REAL

m^3 corregido= 5232 - 5232 * Factor de corrección = 0

Tu próxima lectura será

Entre 12 y el 17 de Noviembre

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com.
valor sugerido $ 1761

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 May. 2030

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

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

kWh* Tu consumo en m^3 de gas equivale: 0
kWh y el precio unitario del kWh es: $0.0

Factor de corrección

Vm: 0 Kp: 0.76826 Kt: 1.00627 Pt: 0.77308
Vc: 0 Tm: 13.76 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.023 F^2 pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77308

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPIt: 100.0



(415)7709998026025(8020)60867228(3900)00000000017610

48249

C1

CUFE 6d02d0a279e307a0d421a07e2e4a6d1edf11ab1a1c4e5b9f5de13682650bda9595c1ad00a979141737d84ba1da3a2a85 Factura No. F15867164010

Alcaldía Local de Engativá

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

HC	MIC	FECHA
02	900255003209953	08-11-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE	COLOR	
Martina	Cafe	

ESPECIE: CANINO X FELINO _____	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Pitbull	EDAD 5m	PESO: 12.3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI X NO _
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI_____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____			

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO___X___COMPRADO_____ADOPTADO ____REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCION	TELEFONO
Juan Camilo Jimenez Sdorza	Kra 70 F No 78A 68	3112700095.
CEDULA: 1.003746.591	CORREO ELECTRÓNICO: Camilojimenez990714@outlook.com	
BARRIO O VEREDA Bonanza	ESTRATO: 3.	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Tecnologo NS/NR.	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 110 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 38 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa
OBSERVACIONES: —				

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
		_____ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,8 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 Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Jimmy Jimenez	1003746591.

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL ☐

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.003.746.591
JIMENEZ SOLORZA

APELLIDOS
JUAN CAMILO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 02-JUL-2000
GACHETA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

05-JUL-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01023727-M-1003746591-20180718 0061962442A 2 1565033954

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: U2 RUTA: U22770

BIMESTRAL

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

11340301
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40784755510
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de

NASLY GUEVARA TIGREROS

Dirección del predio

KR 70F 78A 68 PI 3

Barrio: **BONANZA** Localidad: **ENGATIVA**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial

Estrato: 3

Unidades Habitacionales: 1

Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca BAYLAN
Serie 15459635
Tipo VELO015R160
Diámetro pulgadas ½

Período facturado JUL/31/2025 - SEP/27/2025

Pago oportuno OCT/31/2025

Suspensión NOV/06/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
DIC/26/2025	OCT/16/2025 07:10:33	OCT/16/2025 10:28:42

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 ↓

Llámanos **116** Acueducto **110** Aseo

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

cadena. Nit. 890.930.534-0 •

3580

Alcaldía Local de Engativá

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

HC	MICRO	FECHA
03	900255003214462	08-11-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nana				COLOR: Cafe-amarillo	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Bulldog Ingles	EDAD 7A	PESO: 21.2KG	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: Jhon Carlos Mendoza	DIRECCION Kra 69 No 67-59	TELEFONO 3022511001
CEDULA: 80017538	CORREO ELECTRÓNICO: 3022511001@SIMCOMCO.COM	
BARRIO O VEREDA la estrada	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
98 l/m	28 r/m	38 ºc	2 seg	Rosa

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
JHON CARLOS MENDOZA	80017538

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

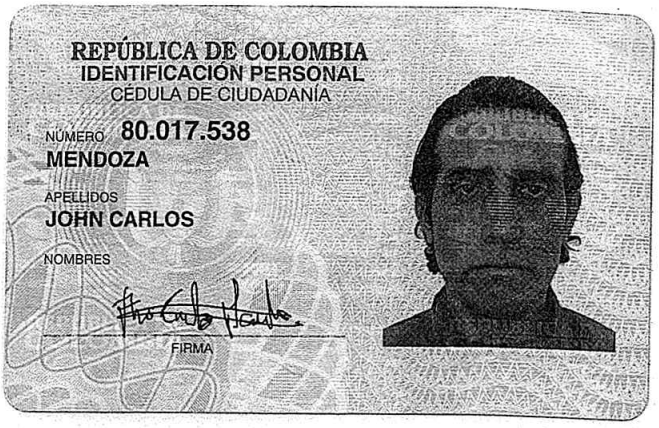
AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL ☐

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **80.017.538**

MENDOZA

APELLIDOS

JOHN CARLOS

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-JUL-1977**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

05-FEB-1997 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01377218-M-0080017538-20230831 0136297303A 1 8509348066

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0556408-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 367433176-3

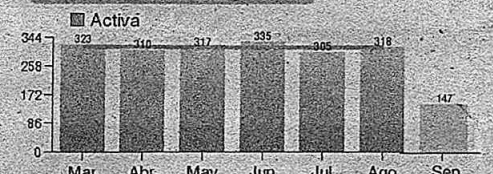
CLIENTE

RO PINZON
R 69 I NO 67 59
59
BOGOTA, D.C. - LA ESTRADA

15 505 2791 / 96020

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $798,17

CONSUMO DIARIO: 4,59 kWh

VALOR DIARIO: $3.180

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 318 kWh

PERÍODO FACTURADO: 16 AGO/2025 A 16 SEP/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 147 kWh

Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** presentó una variación. Encuentra las posibles causas y tips de consumo en www.enel.com.co

Realiza tus trámites de forma fácil y segura.

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

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

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



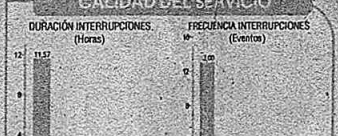
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	15,41
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005155052791
RUTA LECTURA:	35155100515
MANZANA DE LECTURA:	MS00550248
MEDIDOR NO:	96020
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



CO: 35777181 | GRUPO: 11 | HC: 0,00 | VC: 0,00 | CEC: 0,00
PERIODO: 2025.07 | DE: 257,42 | CP: 305,0002 | MC: 0,00 | MF: 1,00 | %: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

CONTACTANOS

- Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
- Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
- 318 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

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

Billetera Virtual

Nequi | tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED | Reval | MOVIRED | puntored | Selecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

Enel Colombia Chía, Girardot y Fusagasugá

Almacenes de Cadena

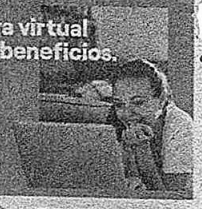
Jumbo | Metro

Código QR

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

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



TARIFAS TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: AGO/2025
...: $290,01 CV: $75,19 PR: $56,46 R: $46,16 CF: $0,00 / $798,17 Costo kWh.Mes

...DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

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

...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 ...municate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según ¡No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

...l 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."

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

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

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

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

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. ...75-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 22/09/2025 00:33:52
FECHA EXPEDICIÓN: 22/09/2025 13:13:13

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-

CUDE: c518b...26619421a26d8fa3ad01897607071 81ac93ab50535c64f69ce19f4aad1684...07209314

Portafolio Enel X
$0

Total a Pagar
$101.770

PAGO OPORTUNO
01 OCT /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
03 OCT/2025

Grupo

NÚMERO DE CUENTA: 0556408-5

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 17 OCT /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Nor

CALCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de facturas	×	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	42.695		42.548		147		1		147	147		$798,17		$117.331
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$290,01		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $798,1685	X			Beneficio -15.00 %					-$15.564
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $3.180 DIARIOS												SUBTOTAL:		$101.767

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$3
SUBTOTAL:	$3

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $101.770

Otros cobros de productos y servicios

enel X

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo — 2 TOTAL OTROS: $0

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

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

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

Ellos también son familia.

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

Afíliate llamando al:
(601) 7447474.
Ingresa a: www.enelxstore.com

o escanea el QR:



enel X

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

123250

NÚMERO DE CLIENTE
0556408-5

ocumento Equivalente Electrónico No.
367433176-3

(415)77 253(8020)010556408536743317 63(3900)00000000101770

PAGO OPORTUNO
01 OCT /2025

TOTAL A PAGAR
$101.770

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

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

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

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

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

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

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

Yo JHON MENDOZA, identificado con cédula de ciudadanía número 80075538, de BOGOTA autorizó el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino ☒ felino ☐ de Nombre NINA Raza DOBERMAN Edad 7

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

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

FIRMA TUTOR RESPONSABLE: JHON CARLOS MENDOZA

FECHA: 8 NOV 2025
JORNADA #
UBICACION

Alcaldía Local de Engativá

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

HC	MI	FECHA
04	900255003213904	08-11-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Iupe		Amarillo-blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO _____	SEXO: HEMBRA_X_MACHO	RAZA Border Collie	EDAD 8m	PESO: 18.6 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Karen Sofia Acosta Rueda	Calle 64D No 69N 31	3138512787

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1.020.796.710	Sofiacosc@hotmail.com.

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
La estrada	3	

ESCOLARIDAD: Profesional. NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
118 l/m	27 r/m	37.5 °c	2 seg	Rosa

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.9 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	____ ml.	5-7mg/kg IV
		____ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.9 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,35 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	FIRMA
Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492	

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1020[illegible]710

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL ☐

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.020.796.710**

ACOSTA RUEDA

APELLIDOS

KAREN SOFIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUL-1994**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-SEP-2012 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00403674-F-1020796710-20121008 **0031**317201A 1 38473375

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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: **2218877-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 370523283-5

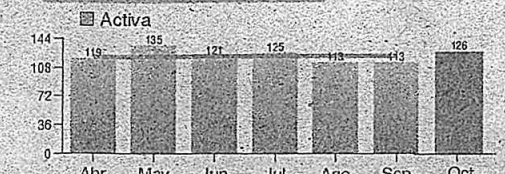
CLIENTE

GERMAN HERNANDEZ
CL 64 D NO 69 N 31 AP 01
PISO 01
BOGOTA, D.C. - LA ESTRADA

13 505 4871 / 3704

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $818,83

CONSUMO DIARIO: 3,82 kWh

VALOR DIARIO: $2.657

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 121 kWh

PERÍODO FACTURADO: 13 SEP/2025 A 15 OCT/2025

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES 126 kWh

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

Realiza tus trámites de forma fácil y segura.

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

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

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



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	5,16
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005135054871
RUTA LECTURA:	35135140343
MANZANA DE LECTURA:	MS00550283
MEDIDOR NO:	3704
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



CO: 356081R1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,01
PERIODO: 2025/08 Dt: 259,44 Cf: 113,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %t: 0,20

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

CONTÁCTANOS

- Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
- Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
- 315 690 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO

Registrate gratis

- Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

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

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

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

Corresponsales Bancarios: CONRED, Efecty, Gana, Su Red Amiga, Su Red Amiga Plus, Su Red Amiga Express, Su Red Amiga Móvil, Su Red Amiga Punto Móvil, Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel (Chapinero Chía, Girardot y Facatativá)

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: **Vigencia: SEP/2025**

G: $294,58 T: $51,66 D: $305,19 CV: $77,00 PR: $59,90 R: $30,50 CF: $0,00 / $818,83 Costo kWh Mes

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



GRUPO: 11 CIRCUITO: SA23-35608TRU - - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

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

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 6000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG155/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 6000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

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

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

FECHA GENERACIÓN: 17/10/2025 00:27:59
FECHA EXPEDICIÓN: 17/10/2025 13:22:13

CUDE: 2db2e82e57835e815e00d027bdb0966f0f47a6854913175d97cb9683df28b5fdd67e5b982cc5a22c868acb98bcea1b12

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S NIT 800.006.812-8. Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENPrepecho - NIT 890.321.151-6

$87.700 | Portafolio Enel X 2 $0 | = | Total a Pagar $87.700

PAGO OPORTUNO 28 OCT /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 30 OCT/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 2218877-5

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 13 NOV /2025

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lectura	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	14.375		14.249		126		1		126	126		$818,83		$103.173
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$305,19		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $818,8341		X		Beneficio -15,00 %					$15.476

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $2.857 DIARIOS — SUBTOTAL: $87.697

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena. $3

SUBTOTAL: $3

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA $87.700

Otros cobros de productos y servicios

enel x

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo — 2 TOTAL OTROS $0

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

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

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

Defensor del cliente Enel.

Estamos aquí para ayudarte.

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

¡Trabajaremos junto a ti para encontrar una solución!

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

Conoce más escaneando este código



NÚMERO DE CLIENTE
2218877-5

Documento Equivalente Electrónico No.
370523283-5

(415)7707209914253(8020)012218877537052328 35(3900)00000000087700

PAGO OPORTUNO
28 OCT /2025

TOTAL A PAGAR
$87.700

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

HC	MICROCHIP: Expiry-Date:2030/07/26 900255003213909	FECHA:
05		08-11-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pelusa		COLOR: Blanco Amarillo	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo EDAD 9 meses	PESO: 13.5 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO ____ MIXTO X OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO _____REGALADO_X__PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Estela Janeth Ortiz	DIRECCION Cl 83 96 51	TELEFONO 3104355843
CEDULA: 52853839	CORREO ELECTRÓNICO: 3104355843@SinCorreo.com	
BARRIO O VEREDA Bochica	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Primaria ~~NS/NR.~~	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Oct 25	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: Mayo 2025
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 r/m	TEMPERATURA: 38 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,13 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492	FIRMA

Alcaldía Local de Suba

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Stella Tinoco Ortiz	52853839

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL ☐

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

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

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



FECHA DE NACIMIENTO 19-NOV-1979

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

22-DIC-1998 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1600150-01377671-F-0052853839-20230904 0136301894A 1 8509370672

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 52.853.839

ORTIZ

APELLIDOS

ESTELA JANETH

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner

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. Legarda.
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 uno o varias cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

Recuerda que puedes suscribirte y aplicar una reducción del 20% en el valor de tu factura de gas natural. Aplica para nuevos suscriptores de los estratos residenciales 1, 2 y 3 que no estén en mora y que no hayan tenido suspensión del servicio en los últimos 12 meses. Consulta términos y condiciones en www.grupovanti.com/suscripcion-factura-digital. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 704802702025 VANTI

¡Hola!

VICTOR AUGUSTO TORRES
CL 83 96 51 104 00105 - BOCHICA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077198-60728

Lote: P07GN **Ruta:** 0011470380160016650 **Código del Sector:** 239

Cuenta o referencia de pago **60720899**

vanti Listo

Compra televisor, colchón y gas, moto y mucho más, ¡todo a cuotas a través de tu factura de gas!

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



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

vanti Listo

3 PLANES A CARTAGENA

para dos personas todo incluido.

¿Cómo participar?

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

Financia tu compra a 30 meses

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

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

Falabella · Éxito · Alkosto · Ktronix

Actividad promocional denominada "Crédito Listo Maletas Listas" organizada por las empresas que conforman el grupo VANTI S.A. E.S.P. El plan de premios consiste en la entrega de 25 tiquetes de viaje para dos personas a Cartagena, cubiertos solamente con el servicio de gas natural, relacionado y realizar compras de artículos en los comercios aliados en establecimientos físicos Vanti Listo, durante la vigencia de la actividad promocional, haciendo uso de su cupo VANTI LISTO por un valor igual o superior a tres millones de pesos ($3.000.000), e que realicen compras virtuales de comercializadora a través de la "Tienda Virtual Vanti" registrando a cobro https://tienda.grupovanti.com/tienda-virtual/maletas y Vanti cancela una por un valor igual o superior a un millón de pesos ($1.000.000) en una única transacción, y que en ambos casos financien la transacción un plazo igual o mayor a treinta (30) días, sin interés alguno, estar al día con el pago de sus facturas de gas natural (incluye cuotas financiadas). Promoción válida para compras realizadas entre el 1 de septiembre de 2025 al 31 de octubre de 2025. Se realizarán 2 sorteos los días trece (13) de octubre y once (11) de noviembre de 2025. Consulta términos y condiciones de la actividad en https://www.grupovanti.com/vantilistoalcaribe/terminos

Autoriza **Coljuegos**

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

239
0011470380160016650
42488
P07GN
C1

Factura de gas

Octubre 2025

Cuenta o referencia de pago **60720899**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	5M3	2.747,85	0,00	13.739,25
FIJO	1UN	4.171,00	0,00	4.171,00
AJUSTE DECENA	1UN	2,75	0,00	2,75
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protc.	0	32.907,00	0,00	32.907,00

1 – Total **$50.820,00**

Tus financiaciones

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

2 – Total **$0,00**

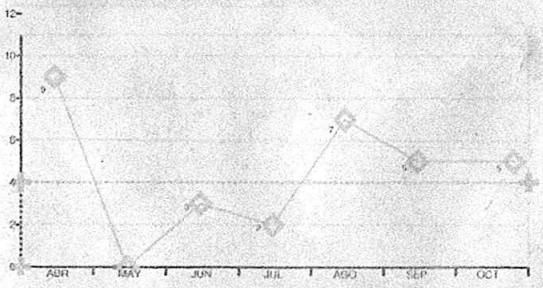
3 – Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$50.820,0**

Paga por PSE

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
09 Sep. 2025	3801	REAL
09 Oct. 2025	3808	REAL

m³ corregido= 3808 - 3801 * Factor de corrección = 5

Tu próxima lectura será

Entre 07 y el 12 de Noviembre

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com,
valor sugerido $ 5062

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Jun. 2027

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1478.84 Tm: 583.64 Dm: 614.99 Cm: 2747.85
Pr: 70.39 Cvm: 0.0 Cvfm: 4171.0 Cuvm: 2747.85
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.55 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

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

Factor de corrección

Vm: 7 Kp: 0.76826 Kt: 1.00627 Pt: 0.77308
Vc: 5 Tm: 13.76 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.023 Ppv: 1.0

Factor de corrección: 0.77308

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)60720899(3900)00000000050820

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2004 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4-0958 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764091267057 del 31/10/2025. Habilitación vigencia técnica 24 meses Nº 18000001 Hasta 1000000 en vigencia de 24 meses

Sujetos vigilados por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 2 11001000-6. VANTI S.A. ESP. NIT 800.007.813-5 - Revisor fiscal Deloitte & Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art 130 Ley 142 de 1994

Código Prestigio y Servicio SAS BIC
IR 0253211 154-0

Alcaldía Local de Engativá

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

HC		NO	FECHA:
06	900255003213905		08-11-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Beilys.				COLOR: Beige.	
ESPECIE: CANINO X FELINO ____ SEXO: HEMBRA X MACHO		RAZA Weimaraner	EDAD 8 M	PESO: 17.2 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO Y	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO Y		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____		

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO ____REGALADO X PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Paula Carolina Suarez Payoma	DIRECCION Calle 73b No. 116c 10	TELEFONO 3227770362
CEDULA: 1.018.488.791	CORREO ELECTRÓNICO: Paulina.2724@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA Villas de Granada / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Profesional. NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
08-2025.	07-2025.	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 97 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 r/m	TEMPERATURA: 38 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: ____

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.7 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	____ ml.	5-7mg/kg IV
		____ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.7 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,35 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 preoperatorios.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Dante Serna Rojas	1018488791.

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL ☐

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.018.488.791**

SUAREZ PAYOMA

APELLIDOS

PAULA CAROLINA

NOMBRES

Paula Suarez Payoma

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-AGO-1996**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

12-SEP-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00768973-F-1018488791-20151127 **0047**556288A 1 43410661

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:

Todas las opciones

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Credibanco · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Bancolombia · Banco Popular · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Plata · Itaú · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero principal causa del cambio climático.

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

¡Hola!

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

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

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

Cuenta o referencia de pago **62561206**

vanti Listo

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



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

vanti Listo

25 viajes

para dos personas todo incluido.

¿Cómo participo?

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

Financia tu compra a 30 meses

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

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

Bogotá (601) 307 4141
Bucaramanga (607) 697 4705

Mi Vanti en línea

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Resolución CREG 114 de 1994 y puede hacer uso de la factura señalada para el pago oportuno

70481270825 VANTI

...COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 860.09...

361 0011670550073805000 87244 P03GN C1

Factura de gas | Octubre 2025

Cuenta o referencia de pago 62561206

BOGOTA

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1	2	3	4
Pago oportuno 21 Oct. 2025	Fecha de suspensión 22 Oct. 2025	Periodo facturado Sep. - Oct. 2025	Emisión de tu factura 07 Oct. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	1M3	2.747,85	0,00	2:747,85
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	3.095,72	0,00	61.914,40
MENOS SUBSIDIO (37%)	1UN	-22.908,33	0,00	-22.908,33
AJUSTE DECENA	1UN	-3,92	0,00	-3,92

1 – Total $41.750,00

Tus financiaciones

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

– Total $0,01

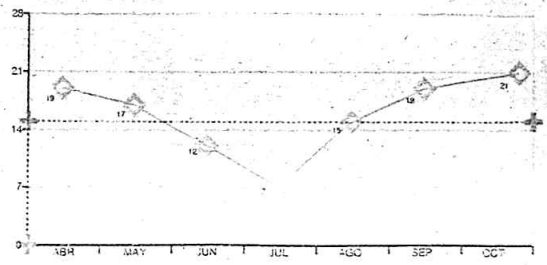
Valor facturas vencidas $0,30

Total a pagar $41.750,3

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

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

m³ consumidos: 1656 - 1629 * Factor de corrección = 21

Tu próxima lectura será: Entre 02 y el 07 de Noviembre

Novedades de tu factura

CuVa $ 2747.85

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Abr. 2027

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

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

MJ/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 248 kWh y el precio unitario del kWh es: $168.363

Factor de corrección

Vm: 27 Ko: 0.76826 Kb: 1.00624 Pb: 0.77305
Vb: 21 Tm: 13.77 Tb: 15.56 Pz: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.023 P pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77305

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPti: 100.0

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

CUFE 68a822669ca80d351513c1956f5e6e0a96d68895ff87d83d3a1a0f... Factura No. F15B65964187 C1 87244

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

HC	MICROCHIP: Expiry-Date:2030/07/26 900255003213912	FECHA:
07		08-11-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Motas			COLOR: Amarillo	
ESPECIE: CANINO X FELINO___ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 9 Meses	PESO: 15 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO____ MIXTO X OTRO_____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO ____REGALADO_X_PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Estela Janeth Ortiz	DIRECCION Cl 83 96 51	TELEFONO 3104355843
CEDULA: 52853839	CORREO ELECTRÓNICO: 3104355843@smcorreo.com	
BARRIO O VEREDA Bochica	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Primaria N.S/NR.	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
NR	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: Mayo 2025
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 38 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,1 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 CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492	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 riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
[signature]	38 853 839

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL ☐

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

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

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



FECHA DE NACIMIENTO 19-NOV-1979

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

22-DIC-1998 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01377671-F-0052853839-20230904 0136301894A 1 8509370672

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 52.853.839

ORTIZ

APELLIDOS

ESTELA JANETH

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner

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 segura que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · GNB · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Pw plata · dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7048/27052025 VANTI

¡Hola!

VICTOR AUGUSTO TORRES
CL 83 96 51 I04 00105 BOCHICA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077198-60728

239

Lote: P07GN **Ruta:** 0011470380160016650 **Código del Sector:** 239

0011470380160016650

Cuenta o referencia de pago **60720899**

42488

P07GN

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

C1



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

vanti Listo



¿Cómo participar?

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

Financia tu compra a **30 meses**

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

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

Éxito · Alkosto · K-tronix

Actividad promocional denominada "Crédito Listo Maletas Listas" organizada por las empresas que conforman el grupo VANTI S.A. ESP. El plan de premios consiste en la entrega de 25 viajes de vida para dos personas a Cartagena, mismos obtenidos sorteo con el servicio de gas natural residencial y realicen compras de artículos en los categorías definidas en establecimientos aliados Vanti Listo. Durante la vigencia de la actividad promocional, haciendo uso de su cupo VANTI LISTO por un valor igual o superior a tres millones de pesos ($3.000.000) o que realicen compras virtuales de gasodomésticos a través de la "Tienda Virtual Vanti" ingresando a enlace https://www.grupovanti.com/tienda-virtual/gasodomesticos y pues creerá así por un valor igual o superior a un millón de pesos ($1.000.000) en una sola transacción, y que en cualquier caso financie la compra a un plazo igual o mayor a treinta (30) meses, que hayan cargado estar al día en el pago de sus facturas de gas natural (incluye valores financiados). Promoción válida para compras realizadas entre el 1 de septiembre de 2025 al 31 de octubre de 2025. Se realizarán 2 sorteos los días trece (13) de octubre y once (11) de noviembre de 2025. Fecha de sorteo. Consulte términos y condiciones de la actividad en https://www.grupovanti.com/asistencia/condiciones

Autoriza Colluegas

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.

Recuerda que tienes la libertad y derecho como usuario de escoger nuestros servicios de manera libre y voluntaria sin que los actos previos, concomitantes o posteriores a la misma, incluyendo los siguientes, condicionen el ejercicio de los derechos que te asisten. Los actos previos suspensión, corte o terminación de los servicios, la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

Factura de gas

Octubre 2025

Cuenta o referencia de pago **60720899**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	5M3	2.747,85	0,00	13.739,25
FIJO	1UN	4.171,00	0,00	4.171,00
AJUSTE DECENA	1UN	2,75	0,00	2,75
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protc.	0	32.907,00	0,00	32.907,00

1 – Total **$50.820,00**

Tus financiaciones

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

2 – Total **$0,00**

3 – Valor facturas vencidas

$0,00

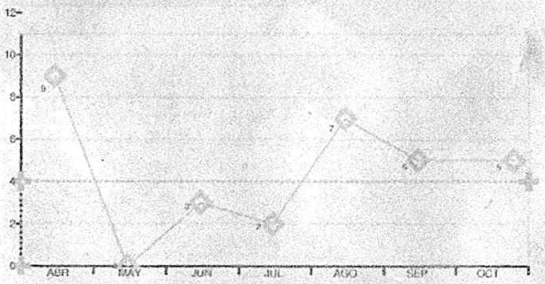
Total a pagar 1 + 2 + 3

$50.820,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
09 Sep. 2025	3801	REAL
09 Oct. 2025	3808	REAL

m³ corregido= 3808 - 3801 * Factor de corrección = 5

Tu próxima lectura será

Entre 07 y el 12 de Noviembre

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com,
valor sugerido $ 5062

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Jun. 2027

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2019 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

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

Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 59 kWh y el precio unitario del kWh es: $303.564

Factor de corrección

Vm: 7	Kp: 0.76826	Kt: 1.00627	Pt: 0.77308		
Vc: 5	Tm: 13.76	Te: 15.56	Pe: 1.01008		
Po: 0.753	Pm: 0.023	F pv: 1.0			

Factor de corrección: 0.77308

Indicadores de calidad

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





(415)7709998026025(8020)60720899(3900)00000000050820

Somos grandes contribuyentes Resolución 000220 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución 0059 del 17-Jul-1998 Actividad de Autorretención de Producción No. Contrato 1876401287057 del 31/05/2021. Facturación electrónica desde 1° noviembre 2019 con vigencia de 24 meses

Emitida validada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 2-11001000-6. VANTI S.A. ESP. NIT: 800.007.813-5 - Revisor Fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo de la ley 142 de 1994

Consulta Tecnología y Servicios S.A.S. BIC NC 69321-151-6

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

Expiry-Date:2030/07/26

HC	MICROCHIP:	FECHA:
08	900255003213901	08-11-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:			COLOR:
Oppra			Bovano
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 10 meses	PESO: 15.3 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 X 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:	DIRECCION	TELEFONO
Clova Ines Martin Garzon	Kr 77 Bis 67 30	3154053550
CEDULA: 39526765	CORREO ELECTRÓNICO: edwinsamiraldana@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Boyaca / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
NR	Sept 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: Sept 25
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
108 l/m	28 r/m	37.5°c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: _____

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,1 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 CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492	FIRMA

Alcaldía Local de Suba

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Elara Ines Martin Bauzo.	39526765

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL ☐

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

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

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

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
MARTIN GARZON

NUIP 39.526.765

Nombres
CLARA INES

Nacionalidad
COL

Estatura
1.64

Sexo
F

Fecha de nacimiento
03 JUL 1959

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
12 JUN 1980, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
04 OCT 2033

.CO

046455611

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL046455611215001<<<<<<<<<<
5907034F3310045COL39526765<<<6
MARTIN<GARZON<<CLARA<INES<<<<<

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil tenerla,

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

7046/27082025 VANTI
CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8

presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

LUIS MIGUEL MARTIN
KR 77 BIS 67 30 03 00002 - BOYACA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5087196-151329

Lote: P12GN **Ruta:** 0011380081291005000 **Código del Sector:** 176

Cuenta o referencia de pago **60867330**

vanti Listo

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

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



Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

176
0011380081291005000
48250
P12GN
C1

Octubre 2025

60867330

BOGOTA

Vigilado Superservicios

NIT 800.807.813-6
Vanti S.A. ESP.
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

2 — 3 — 4

echa de uspensión
Nov. 2025

Periodo facturado
Sep. - Oct. 2025

Emisión de tu factura
21 Oct. 2025

Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
2M3	2.747,85	0,00	5.495,70
1UN	4.171,00	0,00	4.171,00
1UN	3,30	0,00	3,30
1UN	11.284,12	2.145,88	13.440,00

1 — Total $23.110,00

Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

2 — Total $0,00

das

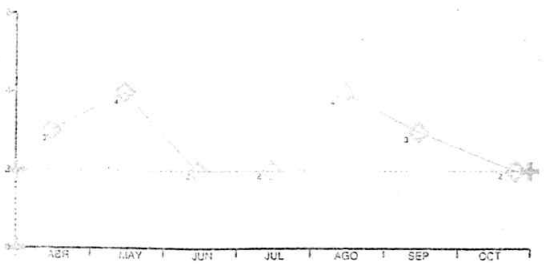
Total a pagar 1 + 2 + 3

$23.110,0

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Días de consumo 33

Fecha	Lectura	Tipo
14 Sep. 2025	2207	REAL
16 Oct. 2025	2209	REAL

m^3 corregido= 2209 - 2207 * Factor de corrección = 2

Tu próxima lectura será

Entre 12 y el 17 de Noviembre

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com.
valor sugerido $ 2311

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 May. 2030

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41388 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

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

Mj/m^3 Tu consumo en m^3 de gas equivale: 24 kWh y el precio unitario del kWh es: $402.779

Factor de corrección

Vm: 2 Kp: 0.76826 Kt: 1.00627 Fb: 0.77308
Vc: 2 Tm: 13.76 Tb: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.023 Pi pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77308

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPII: 100.0





(415)7709998026025(8020)60867330(3900)00000000023110

CUFE:92c68d8d8e6c8553e65b0d507490 7a19b1877bc29bd5cda9557a2abb3a1c4d6e6181818b0da65b9d4713a1ca8d6b2d110 Factura No. F15B67144224 C1 48250

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
09	900255003214461	08-11-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Princesa			COLOR: Amarillo	
ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 7A	PESO: 8.6 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO____ MIXTO X OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO Nacido en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Daniela Patricia Lesmes Rodriguez	DIRECCION AK 70 No 65 A 48	TELEFONO 3208677202
CEDULA: 1023084179	CORREO ELECTRÓNICO: 03daniLesmes2007@gmail.com	
BARRIO O VEREDA La Estrada / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Oct / 25	06 / Junio / 25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: 24/05/25 HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
108 l/m	23 r/m	38 ºc	2 seg	Rosa.

OBSERVACIONES: _____

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.9 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.9 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,6 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,3 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492	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 riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1023084179

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL ☐

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

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

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

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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: **6490855-3**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 370916624-4

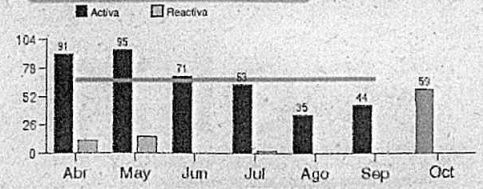
CLIENTE

ALVARO OTALORA
AK 70 NO 65 A 48 PI 3
PISO 3
BOGOTA, D.C. - LA ESTRADA

15 508 8412 / 51411

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $818,83

CONSUMO DIARIO: 1,90 kWh

VALOR DIARIO: $1.325

PERÍODO FACTURADO: 17 SEP/2025 A 17 OCT/2025

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 59 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 67 kWh

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

Realiza tus trámites de forma fácil y segura.

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

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

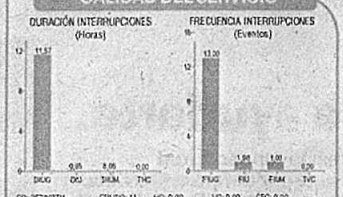
Solo necesitas registrarte, iniciar sesión y asociar tu cuenta con los dígitos del medidor después del guion.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005155088412
RUTA LECTURA:	35155170708
MANZANA DE LECTURA:	MS00550280
MEDIDOR NO:	51411
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 3578OTR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/09 DI: 258,44 CF: 35,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %r: 0,20

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

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.

CONTÁCTANOS

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

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

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual
dale! · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios
CONRED · efecty · Reval · TODO · Baloto · Su Red · MOVIRED · puntored · efecty

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel
Únicamente Chía, Girardot y Fusagasugá

Almacenes de Cadena
Jumbo · Éxito

Código QR

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

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: SEP/2025
G: $294,58 T: $51,66 D: $305,19 CV: $77,00 PR: $59,90 R: $30,50 CF: $0,00 / $818,83 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: SA23-35780TR1- - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

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

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9001 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

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

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 21/10/2025 00:51:46
FECHA EXPEDICIÓN: 21/10/2025 15:33:23

CUDE: 22c5f211d77995120d69e49b3242d01a41767deb2ac7a5c68ed18bb03c2c78ef4c513573b5537233 4a27e3c17c08c269

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

Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.086.812-8.

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$41.060		$0		$41.060	30 OCT /2025	31 OCT/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 6490855-3 | PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 18 NOV /2025

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	9.641		9.582		59		1		59	59		$818,83		$48.311
ENERGIA REACTIVA	4.864		4.853		11		1		11	0		$305,19		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh				Valor kWh $818,8341	X			Beneficio -15,00 %					-$7.247

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.325 DIARIOS — **SUBTOTAL: $41.064**

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-4
SUBTOTAL:	$-4

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $41.060

Otros cobros de productos y servicios

enel x

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo — 2 TOTAL OTROS: $0

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

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

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

Defensor del cliente Enel.

Estamos aquí para ayudarte.

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

¡Trabajaremos junto a ti para encontrar una solución!

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

Conoce más escaneando este código



NÚMERO DE CLIENTE
6490855-3

Documento Equivalente Electrónico No.
370916624-4

(415)7707209914253(8020)016490855337091662 44(3900)000000000041060

PAGO OPORTUNO
30 OCT /2025

TOTAL A PAGAR
$41.060

NO. CUENTA 6490855-3

Cédula de ciudadanía


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.023.084.179

Apellidos
LESMES RODRIGUEZ

Nombres
DANIELA PATRICIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.47

Sexo
F

Fecha de nacimiento
11 MAR 2007

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
27 MAR 2025, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
27 MAR 2035

.CO

077988566

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL077988566215001<<<<<<<<<<<
0703116F3503270COL1023084179<2
LESMES<RODRIGUEZ<<DANIELA<PATR

Alcaldía Local de Engativá

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

HC	10	900255003213875	NO	FECHA: 08-11-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Luna.	COLOR: Amarillo-negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO _____ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo EDAD 3A	PESO: 8.3 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 ____ MIXTO X OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Laura Sofia Vargas Parra	Calle 65 No 69F 29	3125857246
CEDULA: 1.031.653.531	CORREO ELECTRÓNICO: Vargaslau17 2007@gmail.com	
BARRIO O VEREDA La estrada ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
05-10-2025	N.R	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/06/2025.
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 99 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 38 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.8 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	_____ ml.	5-7mg/kg IV
		_____ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,7 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,35 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1031653531

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL ☐

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

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

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Responsabilidades fiscales del emisor: Gran contribuyente, Autorretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: T2 RUTA: T22741

BIMESTRAL

10157294	21263462398
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado JUL/29/2025 - SEP/25/2025

Pago oportuno OCT/28/2025

Suspensión OCT/31/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
DIC/23/2025	OCT/15/2025 06:06:27	OCT/15/2025 11:26:25

¡Hola!

Factura a nombre de

JESUS JOYA N

Dirección del predio

CL 65 69F 29

Barrio: LA ESTRADA **Localidad:** ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca WATERTECH ITALIA **Tipo** VELO015T2
Serie 10-1046643 **Diámetro pulgadas** ½

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

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

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

cadena. NIT. 890.930.554-0

6393

50673 25077 1/2

aseo

Período facturado Aseo
AGO/22/2025 - OCT/21/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

10157294	21263462398
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

KR 69 No. 80-27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
Horario de Atención

BOGOTÁ D.C. 901144843-9

Datos del usuario

Tipo de producto PEQUEÑO PRODUCTOR
Und. Res. Ocupada: 2 Und. No Res. Ocupada: 2 Densidad 0.200
Und. Res. Desocupada: 000 Und. No Res. Desocupada: 000 Volumen 0.00
Frecuencia Barrido: 03 Frecuencia Recolección: 03 %Participación 0.000%
Estrato 3

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
145.179,40	124.853,04	154.680,98

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas
0.0649	0.1078

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$440.845	$369.414	$412.767	61

* La tarifa incluye subsidio o aporte*

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$147.025	Interés mora	$114
Aseo pequeño productor	$201.772	Ajuste a la decena -credito-	$3-
Subsidio	-$22.055		
Aporte	$100.886		

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$427,750
Aporte (+)	50%	Total ingresos del periodo	$427,750
Informativo - deuda total		Ingreso que reporta a la UAN en el periodo actual	

275 = / Dio Ayy
116 = Sca loca
121 = Wilson
452 =?

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 23 m³

23	24	22	20
ENE-MAR $166.486	MAR-MAY $179.240	MAY-JUL $164.453	ÚLTIMO CONSUMO

En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos **tu consumo en botellas de 1 litro**

En este período	Promedio al día
20.000	339

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	2195	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	2175	Base promedio	
Tu consumo este período	20	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	WATERTECH ITALIA	Tipo	VELO015T2
Serie	10-1046643	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

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

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros	+	Aseo
$78.980,62		$74.780,38		$19.096		$427.750
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 periodo actual

= **Total a pagar** $600.606

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): da13a0889c1057a248d2d818a0e88375201963e8bcd8e0740afdaa0d895f8a19281307b24b1938cd653075fcc70a3e01

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	× Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.629,01	-15	$2.889-	$8.183,81	$16.368,02
Consumo residencial básico (m³)	20,00	$3.665,08	-15	$11.049-	$3.130,62	$62.612,60
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$13.937-		$78.980,62

B Alcantarillado

	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.576,39	-15	$1.373-	$3.889,93	$7.779,78
Consumo residencial básico (m³)	20,00	$3.941,18	-15	$11.823-	$3.350,01	$67.000,60
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$13.196-		$74.780,38

* 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 y del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, se agrega un %.

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$24,26	$80,90
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$485	$1.618

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada periodo facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Acuerdo 822 de 2024)

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-intereses de mora	$250
Subtotal	250

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 financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

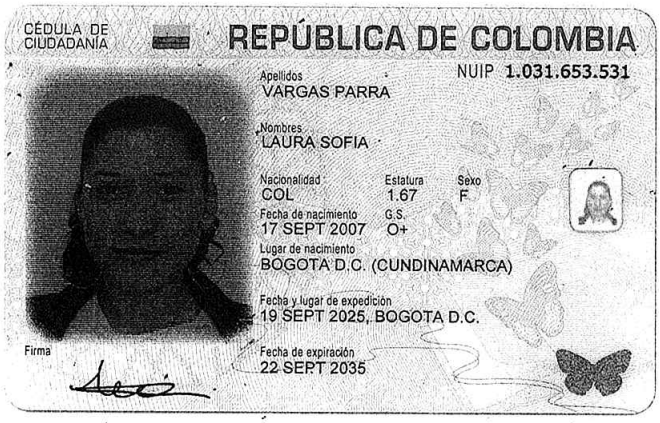
F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

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



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.031.653.531

Apellidos
VARGAS PARRA

Nombres
LAURA SOFIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.67

Sexo
F

Fecha de nacimiento
17 SEPT 2007

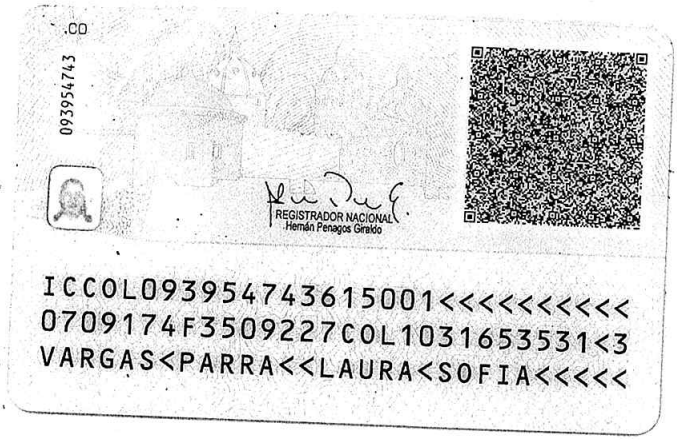
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
19 SEPT 2025, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
22 SEPT 2035



.CO

093954743

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL093954743615001<<<<<<<<<<
0709174F3509227COL1031653531<3
VARGAS<PARRA<<LAURA<SOFIA<<<<<

Alcaldía Local de Engativá

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

HC			FECHA:
11	900255003213915		08-11-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:	
Luna		Barcino	

ESPECIE: CANINO X FELINO _____	SEXO: HEMBRA Y MACHO	RAZA mestizo	EDAD 10 M	PESO: 24 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO Y

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO Y	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO Y	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:	DIRECCION	TELEFONO
Paula Alejandra Dubois Gonzalez	AK 70 No 63d 47	3213962368

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1000 592 013.	3213962368@sin correo.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
la cabaña	0	ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR.	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_

3. ANAMNESIS

Se encuentra en celo.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
08-11-2025	NR	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
100 l/m	27 r/m	38 ºc	2 seg	Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.4 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,8 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,24 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
Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492	

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Paula Andrea	1000592013.

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL ☐

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

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

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



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-NOV-2001**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-MAR-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01136275-F-1000592013-20200305 **0070**435084A 1 8500386512

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.592.013**
DUBOIS GONZALEZ
APELLIDOS
PAULA ALEJANDRA
NOMBRES



Paula Dubois
FIRMA

24

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT. 860 063 875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: 0489776-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 370496085-2

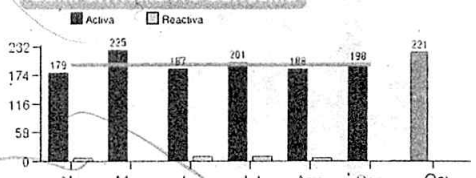
CLIENTE

ALBERTO DUBOIS BARBOSA
AK 70 NO 63 D 47
BOGOTA, D.C. - LA CABAA.A

13 506 5635 / 5110606

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el codigo

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $760,57

CONSUMO DIARIO: 6,70 kWh

VALOR DIARIO: $6.112

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 196 kWh

PERÍODO FACTURADO: 13 SEP/2025 A 15 OCT/2025

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES 221 kWh

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

Realiza tus trámites de forma fácil y segura.

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

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

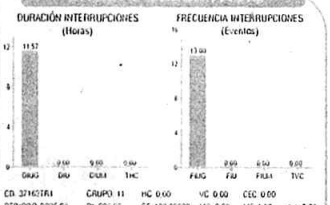
Solo necesitas registrarte, iniciar sesión y asociar tu cuenta con los dígitos del medidor después del guion.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Industrial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	4,28
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005135065635
RUTA LECTURA:	35135150045
MANZANA DE LECTURA:	MS00550802
MEDIDOR NO:	5110606
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD 371GTR1 GRUPO 11 HC 0.00 VC 0.00 CEC 0.00
PER0000 2025.09 DI 206.05 CF 193.00000 AIC 0.00 AIF 1.00 SAL 0.20

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

CONTÁCTANOS

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

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

318 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)

Enel Colombia @EnelClientesCO

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

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

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

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

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Reval, MOVIRED, Su Red, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel Unicentros Cible, Girardot y Fusagasugá

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

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

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios

Escanea el código.



Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en: www.enelxstore.com/co/es sección "Comparto mi energía"
Aporte sugerido: $20.170

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: **Vigencia: SEP/2025**
G: $294,58 T: $51,66 D: $246,93 CV: $77,00 PR: $59,90 R: $30,50 CF: $0,00 / $760,57 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: SA22-371GTR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Cliente

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

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 15011 consultar www.enel.com.co

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

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

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 860 063 875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 17/10/2025 00:17:37
FECHA EXPEDICIÓN: 17/10/2025 13:30:22

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800 058 607-8

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

1 Total Energía $201.700 + 2 Portafolio Enel X $66.000 = $267.700

PAGO OPORTUNO
28 OCT /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
30 OCT/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0489776-2

FECHA DE EXPEDICIÓN: 13 NOV /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGIA ACTIVA FP	67.570	67.349	221	1	221	221	$760.57	$168.096
ENERGÍA REACTIVA	32.952	32.847	105	1	105	0	$246.93	$0
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20.00 % DEL VALOR FACTURADO							$33.617

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE. TE COSTO $6.112 DIARIOS

SUBTOTAL: $201.703

Otros cobros asociados a energía

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

1 TOTAL ENERGÍA: $201.700

Otros cobros de productos y servicios

Asistencia Protección Luz 360	$44.900
COBRO SEGUROS	$21.100

enelx

Encuentra aquí el detalle de tus productos y servicios a través de nuestra página web o inscríbete a FACTURA [illegible] www.enel.com.co en la sección Personas

Financiación y servicios diferentes a los servicios de energía [illegible]

2 TOTAL OTROS: $66.000

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $111.761

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

ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $760.57

Defensor del cliente **Enel.**

Estamos aquí para ayudarte.

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

¡Trabajaremos junto a ti para encontrar una solución!

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

Conoce más escaneando este código



NÚMERO DE CLIENTE
0489776-2

ocumento Equivalente Electrónico No.
370496065-2

(415)7707209914253(8020)010489776237049606 52(3900)0000000267700

PAGO OPORTUNO
28 OCT /2025

TOTAL A PAGAR
$267.700

Alcaldía Local de Engativá

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
92	900255003213880	08-11-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Bella			COLOR:	Café	
ESPECIE: CANINO X FELINO _____ SEXO: HEMBRA X MACHO		RAZA	Pinscher	EDAD	2 A	PESO: 2.2 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 ____ MIXTO X OTRO _____		

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Wendy Tatiana Becerra Castillo	Cl 64C N° 81A20	3208950995
CEDULA: 1098781795	CORREO ELECTRÓNICO: wentatianab@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Villa luz	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
01/12/24	29/Oct/25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 38 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,15 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,04 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Jaiver Becerra	1098781796

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL ☐

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

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

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

enel Bogotá

earth pact PAPEL ECOLÓGICO

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: **0499714-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 367881673-4

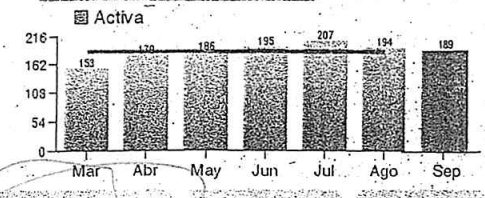
CLIENTE

DIVON MARLEIRY GONZALEZ
CL 64 C NO 81 A 20
BOGOTA, D.C. - VILLA LUZ

18 506 8804 / 72043589

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $798,17

CONSUMO DIARIO: 5,91 kWh

VALOR DIARIO: $4.228

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 158 kWh

PERÍODO FACTURADO: 22 AGO/2025 A 22 SEP/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 189 kWh

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

Realiza tus trámites de forma fácil y segura.

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

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

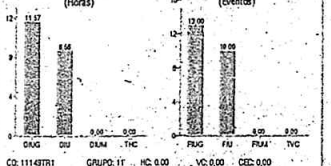
Solo necesitas registrarte, iniciar sesión y asociar tu cuenta con los dígitos del medidor después del guion.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	11,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005185068804
RUTA LECTURA:	35185190047
MANZANA DE LECTURA:	MS00561447
MEDIDOR NO:	72043589
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DE SERVICIO



CO: 11143TR1 GRUPO: 1T HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/07 DC: 257,42 CF: 207,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %t: 0,20

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 035 de 2019

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.

CONTÁCTANOS

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

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

316 890 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)

Enel Colombia @EnelClientesCO

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

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

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

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

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

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Olímpica, Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del pantallazo. 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: FR27-11143TR1- - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

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

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

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

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

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

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 25/09/2025 01:02:04
FECHA EXPEDICIÓN: 25/09/2025 12:05:20

CUDE: 10f4bacbcb9311f8de32136039e9ec20d5803c2ca7004bedee3561f8b4fee365bdcc971da9c5df1b4d65e6807f112296f462

Factura Impresa por Cenvalsl Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.098.812-8. Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.821.151-0

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.098.781.796

BECERRA CASTILLO

APELLIDOS

WENDY TATIANA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-MAR-1996

BUCARAMANGA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 B+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

20-MAR-2014 BUCARAMANGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1516960-0100671-F-1098781796-20180516 0061196662A 1 1884954806

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

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
13	900255003213874	8-11-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Abby			COLOR: Amarillo	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 4 años	PESO: 12 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO ____ MIXTO X OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO__X____COMPRADO_____ADOPTADO ____REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Felipe Vega Santofimio	DIRECCION Ak 70 63D 28 03		TELEFONO 3203960239
CEDULA: 1014283417	CORREO ELECTRÓNICO: Carlosvegatotal@gmail.com		
BARRIO O VEREDA Bosque Popular	ESTRATO:	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Universitario NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_		

3. ANAMNESIS

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 110 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 r/m	TEMPERATURA: 38 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa.

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,45 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Norbey Cabrera B. Medico Veterinario T.P. 12492	FIRMA

Alcaldía Local de Suba

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Carlos Vega	1014283417

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL ☐

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

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

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.014.283.417



Apellidos
VEGA SANTOFIMIO

Nombres
CARLOS FELIPE

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.68	M

Fecha de nacimiento
26 AGO 1996

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
10 DIC 2014, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
19 ENE 2033

.CO

013251585

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL013251585015001<<<<<<<<<<<
9608269M3301199COL1014283417<8
VEGA<SANTOFIMIO<<CARLOS<FELIPE

Si inconformidad se puede presentar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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



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

Inscríbete aquí

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil tenerla.

tan fácil y segura que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

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

¡Hola!

ALBA LILIANA LARROTA SOTO
AK 70 63D 28 03 00002 - BOSQUE POPULAR
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007116-3232458

Lote: P02GN Ruta: 0011370104930005500 Código del Sector: 217

Cuenta o referencia de pago **63032957**

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



vanti Listo

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

25 VIAJES A CARTAGENA

para dos personas todo incluido.

¿Cómo participar?

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

Financia tu compra a **30 meses**

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

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

éxito · ALKOSTO · KTRONIX

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

Autoriza Coljuegos

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

217 0011370104930005500 49197 P02GN C1

Factura de gas

Octubre 2025

Cuenta o referencia de pago 63032957

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
20 Oct. 2025	21 Oct. 2025	Sep. - Oct. 2025	06 Oct. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	9M3	2.747,85	0,00	24.730,65
FIJO	1UN	4.171,00	0,00	4.171,00
AJUSTE DECENA	1UN	4,02	0,00	4,02
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	14,33	0,00	14,33

1 — Total $28.920,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

3 — Valor facturas vencidas

$0,00

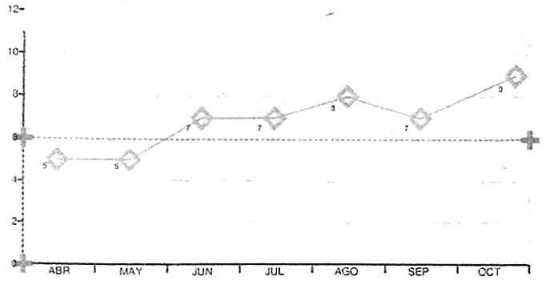
Total a pagar 1 + 2 + 3

$28.920,0

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
02 Sep. 2025	1882	REAL
02 Oct. 2025	1893	REAL

m³ corregido= 1893 - 1882 * Factor de corrección = 9

Tu próxima lectura será: Entre 01 y el 06 de Noviembre

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com,
valor sugerido $ 2892

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Mar. 2027

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

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

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 106 kWh y el precio unitario del kWh es: $272.657

Factor de corrección

Vm: 11 Kp: 0.76826 Kt: 1.00624 Ft: 0.77305
Vc: 9 Tm: 13.77 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.023 F² pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77305

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)63032957(3900)00000000028920

RESOLUCIÓN NO. 90924 001 17 del 1995 AUTORIZACIÓN DE NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN NO. Fundamo 18/04/2018/0007 del 31/03/2025 Facturación electrónica desde N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Gas Natural Fenosa Comercialización S.A.S. E.S.P. Establecida para ofrecer servicios de gas natural por ley 142 de 1994 Concepto Técnico y Servicios S.A.S. ESP. Nit. 890.321.151-0

CUFE:9ee1d221850151aa4da51b83dea7ad11dd3e6b6602a72900acda95c6f70017d18fad17752f4d7b272cc4335 1cc83486c Factura No. F15B65738782

49197 C1

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
14	Expiry-Date:2030/07/26 900255003209958	08-11-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sandy			COLOR: Negro Amarillo	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 1 Año	PESO: 9,8 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alix Nicole Becerra Gavavito	DIRECCION Cl 64 C No 81 A 20	TELEFONO 3223283897
CEDULA: 1000375299	CORREO ELECTRÓNICO: alibelbg@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Villa Luz / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Universitario NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Abril/25	Abril/25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: oct/2024 HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
100 l/m	27 r/m	38 ºc	2 seg	Rosa

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___/___ ml.	5-7mg/kg IV
		___/___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,35 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492	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 riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Nicolas	1000 375299

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL ☐

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **1.000.375.299**

BECERRA GARAVITO

APELLIDOS

ALIX NICOLE

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-AGO-2000**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-SEP-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-01038474-F-1000375299-20180919 **0062**59465A 1 1625132409

1 ESTADO CIVIL

enel Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0499714-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 367881673-4

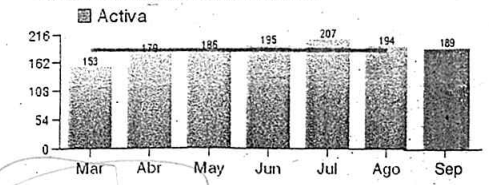
CLIENTE

DIVON MARLEIRY GONZALEZ
CL 64 C NO 81 A 20
BOGOTA, D.C. - VILLA LUZ

18 506 8804 / 72043589

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $798,17

CONSUMO DIARIO: 5,91 kWh

VALOR DIARIO: $4.228

PERÍODO FACTURADO: 22 AGO/2025 A 22 SEP/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 189 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 186 kWh

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

Realiza tus trámites de forma fácil y segura.

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

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

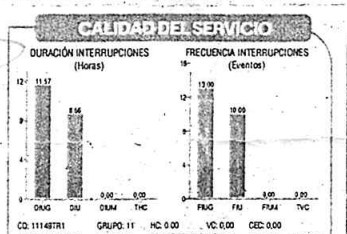
Solo necesitas registrarte, iniciar sesión y asociar tu cuenta con los dígitos del medidor después del guion.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	11,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005185068804
RUTA LECTURA:	35185190047
MANZANA DE LECTURA:	MS00561447
MEDIDOR NO:	72043589
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 11148TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025.07 Dc: 257,42 Cf: 207,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %E: 0,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 035 de 2019

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.

CONTÁCTANOS

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

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

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

Billetera Virtual

MOVII · Nequi · tpaga · dale!

Corresponsales Bancarios

CONRED · efácil · Reval · MOVIRED · puntored · efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel (Chía, Girardot y Fusagasugá)

Almacenes de Cadena

Jumbo · Metro

Código QR

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

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



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

GRUPO: 11 CIRCUITO: FR27-11149TR1- - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

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

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

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

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

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 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 comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

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

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

FECHA GENERACIÓN: 25/09/2025 01:02:04
FECHA EXPEDICIÓN: 25/09/2025 12:05:20

CUDE: 10f4bacbcb9311f8de32136f09ec20d5803c2ca7004bedee356f8b4fee365bddc971da9c5dfb44d65e6807f122961462

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

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-8.

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$135.290		$0		$135.290	06 OCT /2025	08 OCT/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0499714-0

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 22 OCT /2025

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	50.034		49.845		189		1		189	189		$798,17		$150.854
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$290,01		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $798,1685		X		Beneficio -15.00 %					-$15.564

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $4.228 DIARIOS — SUBTOTAL: $135.290

Otros cobros asociados a energía

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $135.290

Otros cobros de productos y servicios

enel x

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo — 2 TOTAL OTROS: $0

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

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

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

Ellos también son familia.

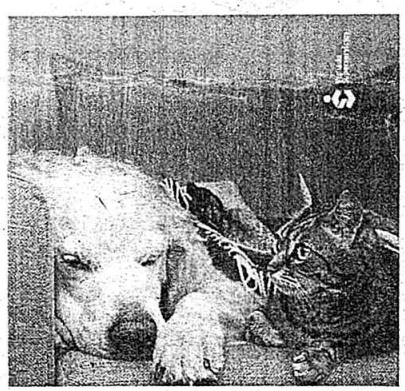
Ahora el plan Asistencia Funeral 360 Premium + Mascotas incluye cobertura para ti y todos los que amas.

Afíliate llamando al:

(601) 7447474.

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

o escanea el QR:



enel x

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

NÚMERO DE CLIENTE
0499714-0

Documento Equivalente Electrónico No.
367881673-4

(415)7707209914253(8020)010499714036788167 34(3900)00000000135290

PAGO OPORTUNO
06 OCT /2025

TOTAL A PAGAR
$135.290

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
15	Expiry-Date:2030/07/26 900255003213873	08-11-25

ORIGEN : CES X PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Oreo			COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 1A	PESO: 24.7 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 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
David Esteban Barbosa Moreno	Cl 641 86 66	3143071357
CEDULA: 1022384968	CORREO ELECTRÓNICO: dbarbosa0794@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Los Monjes / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Mayo/25	Mayo/25	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: Junio/25 HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
100 l/m	27 r/m	38 ºc	2 seg	Rosa.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,7 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,25 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492	FIRMA

Alcaldía Local de Suba

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
David Barbosa M	1022384968

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL ☐

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.384.968**
BARBOSA MORENO

APELLIDOS
DAVID ESTEBAN

NOMBRES
David Barbosa M

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **04-JUL-1993**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-JUL-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00321330-M-1022384968-20110809 0027717161A 1 36835114

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

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

También en tenderos

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · GNB · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Davivienda · Davivienda Davivienda · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

¡Hola!

JAIME GUTIERREZ
CL 641 86 66 00201 - LOS MONJES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077198-61695

317
00113901106400050000
P03GN

Lote: P03GN **Ruta:** 00113901106400050000 **Código del Sector:** 317

Cuenta o referencia de pago 60623079

vanti Listo

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.

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

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

TECHRED · GrupoMerpes · Ganstón · 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 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.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Factura de gas

Septiembre 2025

Cuenta o referencia de pago: 60623079

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
18 Sep. 2025	19 Sep. 2025	Ago. - Sep. 2025	05 Sep. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	14M3	2.718,81	0,00	38.063,34
FIJO	1UN	4.169,00	0,00	4.169,00
AJUSTE DECENA	1UN	-2,34	0,00	-2,34

1 — Total $42.230,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

3 — Valor facturas vencidas

$0,00

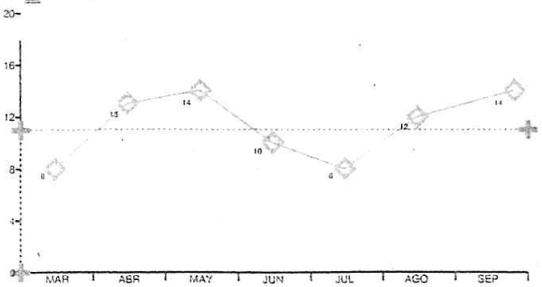
Total a pagar 1 + 2 + 3

$42.230,0

Paga por PSE

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat. Tres — Días de consumo 32

Fecha	Lectura	Tipo
04 Ago. 2025	5700	REAL
04 Sep. 2025	5718	REAL

m³ corregido= 5718 - 5700 * Factor de corrección = 14

Tu próxima lectura será

Entre 01 y el 06 de Octubre

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com,
valor sugerido $ 4223
Estimado cliente recuerde que tiene entre May/2025 y el 31/10/2025 para realizar la Revisión Periodica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/11/2025 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Oct. 2025

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

Jun. $2681 Jul. $2710 Ago. $2804

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

Componentes tarifarios

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

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 165 kWh y el precio unitario del kWh es: $255.954

Factor de corrección

Vm: 18 Kp: 0.76826 Kt: 1.00606 Pc: 0.77291
Vc: 14 Tm: 13.92 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.023 Pt pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77291

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)60623079(3900)00000000042230

Factura No. F15B63351077

CUFE: 8dd628caa733d05e05a856a6a19986123e959e9d03a0f911a3d7aaaa1e39e1a1b82e0d8e987d413e0b2f15f0d165

31/03/2025 Facturación electrónica desde N° 30000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Ley 142 de 1994 Control Tecnología y Servicios S.A.S. BIC Nit. 860.121.151-0

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
16	Expiry-Date:2030/07/26 900255003213879	08-11-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Morita			COLOR: Blanco	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Shit-zu	EDAD 11 Meses	PESO: 5 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO ____REGALADO_X_PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Jenny Garcia Cubillos	DIRECCION Cl 68A Bis 68C 42	TELEFONO 3044214655
CEDULA: 52351895	CORREO ELECTRÓNICO: jenny_loquita@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA Bellavista / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Junio / 25	Marzo/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: Abril/25
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa ,LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
95 l/m	28 r/m	38 ºc	2 seg	Rosa.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___/___ ml.	5-7mg/kg IV
		___/___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,35 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,23 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492	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 riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
María García	52.351.895 Bta

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL ☐

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

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

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

Alcaldía Local de Engativá

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

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

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

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

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

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

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

Yo Maria, identificado con cédula de ciudadanía número 52.351.895, de _____autorizó el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino ☑ felino ☐ de Nombre Morena Raza Shitzu Edad 11 meses

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

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

FIRMA TUTOR RESPONSABLE: Maria Garcia

FECHA:
JORNADA #
UBICACION 08-11-25 Bosque Popular



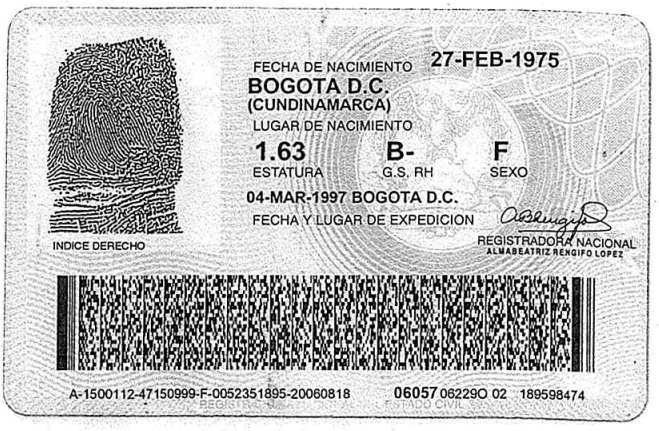
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.351.895

GARCIA CUBILLOS
APELLIDOS

MARIA JENNY
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-FEB-1975
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | B- G.S. RH | F SEXO

04-MAR-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500112-47150999-F-0052351895-20060818 06057 06229O 02 189598474

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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: **0542225-7**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 370839123-3

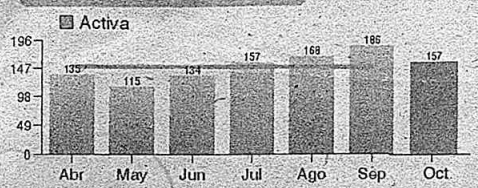
CLIENTE

RAFAEL A RAMOS
CL 68 A BIS NO 68 C 42
BOGOTA, D.C. - BELLAVISTA OCCIDENTAL

15 504 7988 / 738925

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $818,83

CONSUMO DIARIO: 5,06 kWh

VALOR DIARIO: $3.632

PERÍODO FACTURADO: 17 SEP/2025 A 17 OCT/2025

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 157 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 149 kWh

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

Realiza tus trámites de forma fácil y segura.

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

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

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



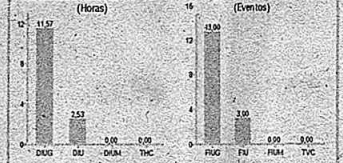
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005155047988
RUTA LECTURA:	35155080670
MANZANA DE LECTURA:	MS00550337
MEDIDOR NO:	738925
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



CD: 37286TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/08 DI: 258,44 CF: 168,000000 MC: 0,00 MF: 1,00 %t: 0,20

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 035 de 2019

CONTÁCTANOS

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

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

316 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)

Enel Colombia @EnelClientesCO

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

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

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

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

Billetera Virtual

Daviplata · dale! · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · efecty · Reval · MOVIRED · puntored · efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel Colombia Chía, Girardot y Facatativá

Almacenes de Cadena

Jumbo · Metro

Código QR

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



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

Carvajal Tecnología y Servicios SAS NIT 800.096.812-8.

67e97ee9e14759cb8816218 7ef6f5109941 8b0d17fee1968ed941a2b89e09e85a4958b

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$112.590		$0		$112.590	30 OCT /2025	31 OCT/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0542225-7

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 18 NOV /2025

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	×	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	49.955		49.798		157		1		157	157		$818,83		$128.557
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$305,19		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $818,8341		X		Beneficio -15.00 %					-$15.967
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $3.632 DIARIOS												SUBTOTAL:		$112.590

Otros cobros asociados a energía

Otros cobros de productos y servicios

enel x

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

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA $112.590

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo (2) TOTAL OTROS $0

DAVIVIENDA CAJERO AUTOMÁTICO 2 DE 2025 4542

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

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

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

Defensor del cliente **Enel.**

Estamos aquí para ayudarte.

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

¡Trabajaremos junto a ti para encontrar una solución!

DEFENSOR DEL CLIENTE

defensor@enel.com denuncias@enel.com

Conoce más escaneando este código



Alcaldía Local de Engativá

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

HC	17	900255003213861	NO	FECHA: 08-11-2025.

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Alika			COLOR: Amarillo	
ESPECIE: CANINO X FELINO _____	SEXO: HEMBRA Y MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 2 A	PESO: 11.3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO Y
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO Y	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI_____NO Y			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____CONCENTRADO __X MIXTO OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO ____ REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Wendy Natalia Barriga Peñaloza	Calle 68 N. 68b 61	3112458900
CEDULA: 1014275188	CORREO ELECTRÓNICO: Nataly.02marzo@hotmail.com.	
BARRIO O VEREDA Bellavista occidental / ESTRATO: 3.	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
08-2025	18-10-2025.	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 r/m	TEMPERATURA: 38 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: _____

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.1 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,8 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,11 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez C. Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1014275188

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL ☐

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO. 1.014.275.188
BARRIGA PEÑALOZA
APELLIDOS
WENDY NATALIA
NOMBRES

WENDY BARRIGA.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-MAR-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

20-MAR-2014 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00560216-F-1014275188-20140407 0037822085A 1 42229417

enel | Bogotá

earth pact — PAPEL ECOLÓGICO

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: **4465245-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 370533932-3

CLIENTE

JUAN DE DIOS DIAZ
CL 68 NO 68 B 61 PI 3
PISO 3
BOGOTA, D.C. - BELLAVISTA OCCIDENTAL

13 502 5628 / 128815

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

Realiza tus trámites de forma fácil y segura.

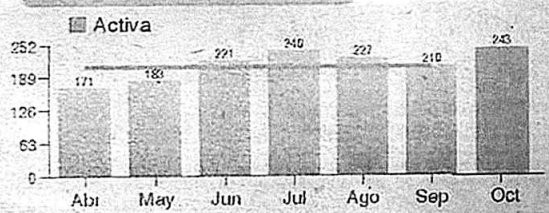
Ingresa en la zona privada de enel.com.co y podrás:

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO	$818,83
CONSUMO DIARIO:	7,36 kWh
VALOR DIARIO:	$5.546
CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES	208 kWh

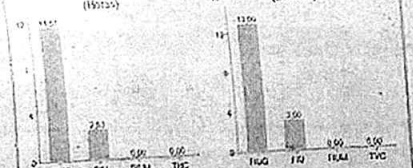
PERÍODO FACTURADO: 13 SEP/2025 A 15 OCT/2025 — **DÍAS FACTURADOS:** 33 — **CONSUMO MES** 243 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	4,000
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005135025626
RUTA LECTURA:	35135060324
MANZANA DE LECTURA:	MS00550314
MEDIDOR NO:	128815
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



GRUPO 11 — Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

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

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

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

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

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

Billetera Virtual

Daviplata — dale! — MOVII — Nequi — tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED — Efecty — Red Reval — MOVIRED — Baloto — Vía Gana — Supergiros

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel — Colocamos Cielo, Cimarrón y Promotea

Código QR

Almacenes de Cadena

Jumbo — Éxito

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: SEP/2025. Costo kWh Mes

G: 426,16 T: 391,66 D: 2366,19 CV: $77,00 PR: $50,00 R: $90,00 CF: $0,00 / $818,83

Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S. NIT 800.121.181-0 Vigilado SIC

CUDE: 89 95 2 [illegible]

Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S. NIT 800.121.181-0 Vigilado SIC

FECHA GENERACIÓN 17/10/2025 00:32:18
FECHA EXPEDICIÓN 17/10/2025 14:12:16

Alcaldía Local de Engativá

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
18	900255003213862	08-11-2025.

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Atenea		Blanco.

ESPECIE: CANINO X FELINO _____	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 5M	PESO: 1.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

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

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Angie Natalia Garzon Toca	Calle 63 Abis N. 70-41	3204243572

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1.001.271 336	garzon2709@gmail.com.

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
la cabaña	3.	ENGATIVÁ

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N.R.	JO 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: 09/09/2025. 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. II. III. IV. V. VI. E. CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
95 l/m	28 r/m	38 ºc	2 seg	Rosa

OBSERVACIONES: ——

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	____ ml.	5-7mg/kg IV
		____ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,1 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,05 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
	Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Natalia G.	1.001.271.336

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL ☐

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO 1.001.271.336

GARZON TOCA

APELLIDOS

ANGIE NATALIA

NOMBRES

Natalia G.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-SEP-2001

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-OCT-2019 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01108378-F-1001271336-20191107 0068772496A 1 8500013196

12

aseo

Período facturado Aseo
AGO/22/2025 - OCT/21/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
12542552

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
18508378017

KR 69 No. 80-27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
Horario de Atención
BOGOTÁ 901144843-9

Datos del usuario

Tipo de productor	RESIDENCIAL	Estrato	3
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	0
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000
Frecuencia Barrido:	03	Frecuencia Recolección:	03

Densidad	0.000		
Volumen	0.00		
%Participación	0.000%		

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
36.294,85	17.529,05	154.680,98

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000
Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas	
0.0649	0.0398	

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$64.840	$54.112	$60.190	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$73.518	Interés mora	$5
Subsidio	$11.028-	Ajuste a la decena -debito-	$5

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$62.500
Aporte (+)	00%	Total ingresos del periodo	$62.500
Informativo - deuda total		Ingreso que aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Responsabilidades fiscales del emisor: Gran Contribuyente, Autorretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: T2 RUTA: T22733

BIMESTRAL

12542552	18508378017
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado JUL/29/2025 - SEP/25/2025

Pago oportuno OCT/28/2025 Suspensión OCT/31/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
DIC/23/2025	OCT/15/2025 06:07:49	OCT/15/2025 11:35:32

¡Hola!

Factura a nombre de
LUIS EDUARDO GUERRERO PEÑA LUI

Dirección del predio
CL 63A BIS 70 41 AP 303

Barrio: LA CABANA **Localidad:** ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca BAYLAN **Tipo** VELO01SR160
Serie 13758524 **Diámetro pulgadas** ½

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

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

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

cadena. Nit. 890.930.554-0

Tu consumo en este período

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



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período 8.000

Promedio al día 136

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	180	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	172	Base promedio	
Tu consumo este período	8	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	BAYLAN	Tipo	VELO015R160
Serie	13758524	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

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

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros	+	Aseo
$41.412,66		$34.580,22		$17		$62.500
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 periodo actual

= **Total a pagar** $138.510

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 1ffefb4a5043e3d784e0f21096b929feda64aa07043363627ebb6af5b6caf81f392abe7c431ca9ee167ca7a325fa2968

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

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

Detalle de tu consumo este bimestre

	A Acueducto						B Alcantarillado					
	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.628,01	-15	$2.888-	$8.183,81	$16.368,02	2,00	$4.576,39	-15	$1.373-	$3.889,93	$7.779,78
Consumo residencial básico (m³)	8,00	$3.683,08	-15	$4.420-	$3.130,62	$25.044,64	8,00	$3.941,18	-15	$4.729-	$3.350,01	$26.800,44
Consumo residencial superior básico (m³)												
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$7.308-		$41.412,66				$6.102-		$34.580,22

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

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$24,26	$80,90
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$194	$647

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada periodo facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Acuerdo 927 de 2024)

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$3-
I-intereses de mora	$20
Subtotal	17

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

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 solo tiene convenios con los siguientes bancos: Popular, Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y City.

Aseo
Valor a pagar
$62.500

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si paga con cheque, girar dos cheques únicamente de gerencia 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)7707200459996(8020)185083760174(3900)000000062500

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$76.010

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

(415)7707200485271(8020)185083760178(3900)000000076010

Alcaldía Local de Engativá

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

HC	19	900255003209957	NO	FECHA: 08-11-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Tiara			COLOR: Negro- fuego	
ESPECIE: CANINO X FELINO _____	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Pincher	EDAD 3A	PESO: 2.3 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 ____ MIXTO X OTRO _____	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gloria Isabel Rojas Martinez	DIRECCION CL 64F No. 69-35.	TELEFONO 3124927663.	
CEDULA: 39547141	CORREO ELECTRÓNICO: 3124927663@sincorreo.com.		
BARRIO O VEREDA Bosque Popular	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Primaria. NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
N.R	09.2025.	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 110 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 39 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,1 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,05 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 Paol. Rodriguez G Medica Veterinaria Esp T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Colonia Isabel Rosas M	39547141 Bogotá

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

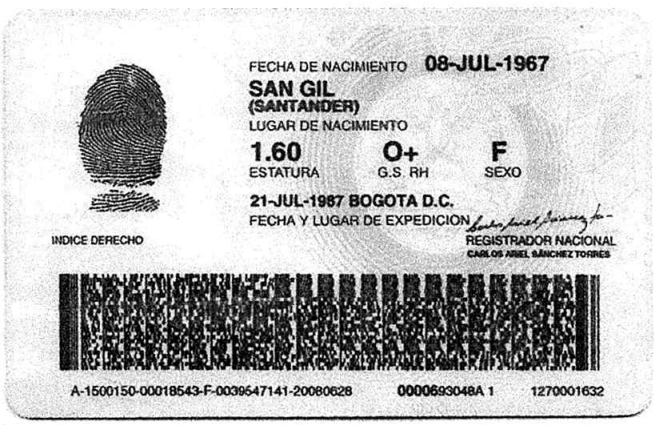
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL ☐

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

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

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
39.547.141
OJAS MARTINEZ
GLORIA ISABEL
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 08-JUL-1967
SAN GIL
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
21-JUL-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00018543-F-0039547141-20080628
0000693048A 1
1270001632

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil tenerla

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banca Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Daviplata · Rappi Pay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banca GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.058.812-8 7046/27092025 vfNT

¡Hola!

MARIA ALICI RODRIGUEZ
CL 64F 69 35 01 - BOSQUE POPULAR
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077198-148229

Lote: P02GN **Ruta:** 0011370086340005010 **Código del Sector:** 217

Cuenta o referencia de pago **61203794**

217
0011370086340005010
47450
Página
C1

vanti Listo

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

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



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

vanti Listo

25 VIAJES A CARTAGENA

para dos personas todo incluido.

¿Cómo participar?

Realiza compras iguales o superiores a $3.000.000 en todos nuestros tenderos aliados

Financia tu compra a 30 meses

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

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

Autorizado Coljuegos

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164
Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

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

Octubre 2025

61203794

BOGOTA

NIT: 800.007.913-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

3 Periodo facturado Sep. - Oct. 2025

4 Emisión de tu factura 06 Oct. 2025

Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
19M3	2.747,85	0,00	52.209,15
1UN	4.171,00	0,00	4.171,00
1UN	0,15	0,00	0,15
0	15.780,00	0,00	15.780,00

1 – Total $72.160,00

Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

2 – Total $0,00

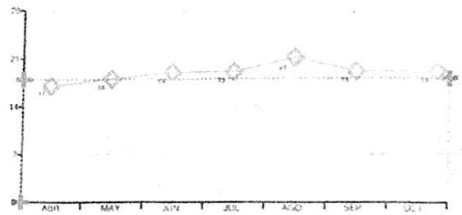
Total a pagar 1 + 2 + 3

$72.160,0

Paga por PSE

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
02 Sep. 2025	3112	REAL
02 Oct. 2025	3136	REAL

m³ corregido= 3136 - 3112 * Factor de corrección = 19

Tu próxima lectura será: Entre 01 y el 06 de Noviembre

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com.
valor sugerido $ 7216

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

(415)7709998026025(8020)61203794(3900)00000000072160

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ago. 2030

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2013 y 41 385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1478.84 Tm: 583.64 Dm: 614.99 Cm: 2747.85
Pr: 70.36 Cvm: 0.0 Cufm: 4171.0 Cuvm: 2747.85
Com: 0.0 Fpcm: 42.55 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjfm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 225
kWh y el precio unitario del kWh es: $250.578

Factor de corrección

Vm: 24 Kr: 0.76826 Kt: 1.00624 Fr: 0.77305
Vc: 19 Tm: -11.77 Te: 15.56 Pe: 1.010008
Pz: 0.753 Pm: 0.023 Fpvc: 1.0
Factor de corrección: 0.77305

Indicadores de calidad

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



Factura No. F15B657566B6 C1 47450

