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

HC: 11	MICROCHIP: 900255003224462	FECHA: 10/11/2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Muñeca			COLOR: Blanco gris	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 3A 7M	PESO: 3.1 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: Leidy Yohana Vargas Perez	DIRECCION Kra 69 p No 71 05 p 1	TELEFONO 3103042915
CEDULA: 1.002.330.847	CORREO ELECTRONICO: leidyvargas337@gmail.com	
BARRIO O VEREDA la estrada / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachillerato NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

en buen estado

ULT. CELO: NR	ULT. DESPARASITACIÓN: N.R	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X.
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/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:	124	l/m	F. RESPIRATORIA:	31	r/m	TEMPERATURA:	37.9	ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___/___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 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	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION
En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento 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:
Leidy Vanegas	1002330897

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 **1.002.330.847**
VANEGAS PEREZ

APELLIDOS
LEIDY YOHANA

NOMBRES

leidy yohana Vanegas

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **06-JUN-2002**
TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

31-JUL-2020 VILLA DE LEYVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-0713900-01330813-F-1002330847-20221124 **0091**187050A 2 9921454017

Camilo

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente: **2172120-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 370811487-7

FACTURAR A:

MARIA PARRA
KR 69 P NO 71 05 PI 1
P 1 ESTRADA I
BOGOTA, D.C. - LA ESTRADA

15 503 0609 / 72015990

¡IMPORTANTE!
Te encuentras con facturas pendientes por pagar.
Evita sobrecostos y cobros jurídicos pagando inmediatamente.

Realiza tus trámites de forma fácil y segura.

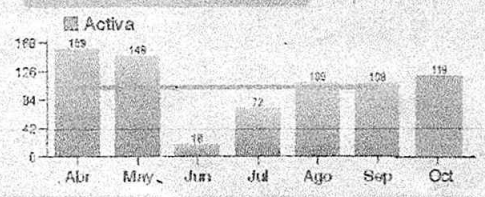
Ingresa en la zona privada de enel.com.co y podrás:

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $818,63

CONSUMO DIARIO: 3,84 kWh

VALOR DIARIO: $3.772

PERÍODO FACTURADO: 17 SEP/2025 A 17 OCT/2025
DÍAS FACTURADOS: 31
CONSUMO MES 119 kWh

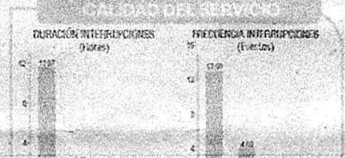
Para más información sobre el significado de estos códigos, consulta el anexo de términos y medidas de esta factura.

Entre más activamos ahorro a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía es el promedio diario de lo habitual

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	1,71
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005155030609
RUTA LECTURA:	35155050592
MANZANA DE LECTURA:	MS005550284
MEDIDOR NO:	72015990
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Teléfonos y solicitudes: enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en: enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 6000 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca	Opción 1	Opción 2
601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140055 defensoral@enel.com

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

CUIDA TU ENTORNO CERCANO

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, Cobro Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de pago PSE, Botón de Pago Bancolombia

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

Corresponsales Bancarios: CONFECOOP, efecty, Red Efectivo, Red Multicolor, Servibanca

Red Enel: RED CADE

Centros de Servicio: Almacenes de Cadena

Código QR

En pagos en corresponsal bancario exija el comprobante del cajero. El sello del comercio no es un soporte válido en caso de reclamo.



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: **Vigencia: SEP/2025**
G: $294,50 T: $51,66 D: $295,10 CV: $77,00 PR: $59,90 R: $30,59 CF: $0,00 / $818,63 Costo kWh Bse

Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en: www.enelxstore.com/co/es sección "Comparte mi energía"
Aporte sugerido: $11.692

FECHA GENERACIÓN: 21/10/2025 00:42:52
FECHA EXPEDICIÓN: 21/10/2025 15:08:09

GRUPO: 11 CIRCUITO: BR38-3573SFR1 - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 8514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.64 por ent. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de Enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 016 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0031 de 10 de diciembre de 2020
"Sobre el cobro de suspensión recaerá el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura se cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consulte www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, en establecimos obligaciones, derechos 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 (Decreto de Circulación), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos conceptos, por favor diríjanos a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S. A. E. S. P. NIT. 860.063.875-9. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: 381aa90303556176e9c0ba6a775cb7f27f8587e3260ba831d9fa15c95d69240b4268ee1181e21ad2f1b6f2761c7adf

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 800.821.451-0

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S. NIT 830.034.812-6

No. Cuenta 21720

1 Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$103.440		$0		$103.440	01 OCT /2025	03 OCT/2025

ENERGÍA

Número de cuenta: 2172120-5 | Fecha de facturación: 17 OCT /2025

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

CALCULO CONSUMO DE ENERGIA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de Lecturas	×	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA TP	54.333		54.225		108		1		108	108		$793.17		$86.302
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$260.01		$0
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20.00 % DEL VALOR FACTURADO													$17.340

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $3.233 DIARIOS

SUBTOTAL: $103.442

Otros cobros asociados a tu servicio

Ajustes a la decena	$-2
SUBTOTAL:	$-2

Consumos - Otros cobros asociados a tu servicio

1 TOTAL ENERGÍA $103.440

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 opción Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

2 TOTAL OTROS $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de **$111.764**

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

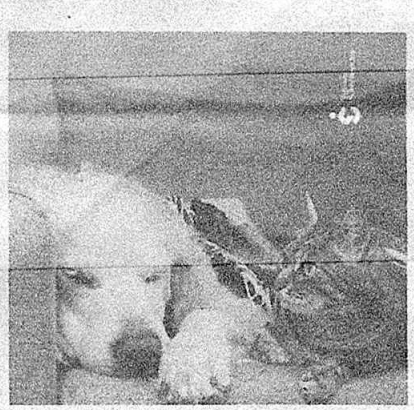
ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $786,17

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. Los asistenciales ofrecidos a los clientes de enel son prestados por AXA ASISTENCIA COLOMBIA S.A. NIT 800.244.309-1.

NÚMERO DE CLIENTE
2172120-5

ocumento Equivalente Electrónico No.
367408331-0

(415)7707209914253(8020)012172120536740833 10(3900)00000000103440

PAGO OPORTUNO
01 OCT /2025

TOTAL A PAGAR
$103.440

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

Expiry-Date:2030/09/02
900255003224478

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
12		10-11-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Jade		Negro

ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 1A	PESO: 3.1 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
Lesliet Lairet Bayona Tellez	Cl 77 N° 99B-24	3102979505

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1.127.598.024	Bayona.lesliet@gmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Madrigal	3	ENGATIVÁ

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R
Sept/25	N/R	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: 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:
128 l/m	32 r/m	37.8 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: ——

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 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	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441.	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION
En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento 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:
	1127598024

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 1.127.598.024
BAYONA TELLEZ

APELLIDOS
LESLIET LAIRET

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-OCT-1986
CARACAS-LIBERTADOR
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-JUN-2013 CON CARACAS VEN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-8881515-00503493-F-1127598024-20131030 0035625386A 1 38657030

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0586102-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 372078294-3

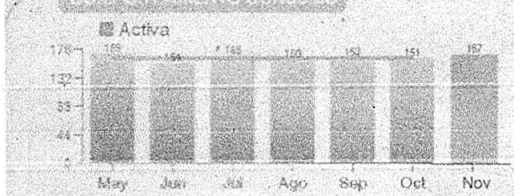
CLIENTE

LUIS C SARMIENTO A
CL 77 NO 99 B 24 PI 1
BOGOTA, D.C. - EL MADRIGAL

02 511 3456 / 25113036

¿Quieres la factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $818,83

CONSUMO DIARIO: 5,22 kWh

VALOR DIARIO: $3.774

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 157 kWh

PERIODO FACTURADO: 27 SEP/2025 A 28 OCT/2025

DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 157 kWh

Estas cifras fueron tomadas con base a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD Crédito Fácil Codensa

¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRESTAMO DE HASTA
$12.000.000
EN EFECTIVO

Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia
¡Acércate ya a uno de nuestros puntos Credito Facil CODENSA!

Encuéntralos escaneando el código

*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil de solicitante. Consúltalos en www.creditofacilcodensa.com

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	4,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005025113456
RUTA LECTURA:	35035030998
MANZANA DE LECTURA:	MS00563517
MEDIDOR NO:	25113036
SUBCLASE:	Básica

USO RACIONAL DE ENERGÍA

Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca uses secadores, planchas o cargadores cerca de lavamanos o duchas.

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones	Regístrate gratis	
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion	Zona privada de la página Web	
336 090 6003 (Elena Bot o paso Asesor)	App Enel Clientes Colombia	
Enel Colombia @EnelClientesCO		
Bogotá, Sabana y Cundinamarca	**Línea gratuita nacional**	**Fax**
601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Bancos, Internet, Teléfono Bancos, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de pago Online, Botón de Pago Reconocimiento

Billeteras Virtuales

Daviplata, Nequi, dale!, MOVII, tpaga

Corresponsales Bancarios

CONFECOOP, efecty, El Reval, MOVIRED, Supergiros

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel Colombia Cómo, Cercano y Presencial

Almacenes de Cadena

Carulla, Olímpica

Código QR

Pagos en un corresponsal bancario, exige el comprobante del recibido. El sello del corresponsal no es un soporte valido 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

$294,56 T: $51,66 D: $305,19 CV: $77,00 PR: $39,80 R: $30,50 CF: $0,00 / $818,83 Costo kWh Mes

GRO: 11 CIRCUITO: BL10-11161TR1 - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

TIVIDAD 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 DE 1999

ere el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor rmación comunicarse al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según olución No 9061 de 19 de diciembre de 2020.

tos 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.

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

ncionamiento, de la resolución CREG 015 de 2011 consultar www.creg.gov.co

PORTANTE: 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 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 rvicio al Cliente.

EL 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 r 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 n estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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 Servicios Públicos Domiciliarios

FECHA GENERACIÓN: 04/11/2025 00:07:24
FECHA EXPEDICIÓN: 04/11/2025 17:35:12

Factura Impresa por Cenegal Soluciones de Comunicación SAS NIT 900.0998 612-4 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.521.151-0

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
13	900255003209980	10/11/2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sansa			COLOR: Negra	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 12 meses	PESO: 3.0 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: Manuel Ivan Lopez Vanegas	DIRECCION Cl 76A 104 15	TELEFONO 3114833799
CEDULA: 79316788	CORREO ELECTRÓNICO: Milvan_63@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA Cargs. Navas / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

en buen estado de salud, esta en celo el dra de hoy

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
esta en celo	N.R	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 22/mar/2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
134 l/m	30 r/m	37.7 ºc	2 seg	rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 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	Valentina Alonso Forero MEDICA VETERINARIA U.D.C.A T.P 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION
En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte. Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación. De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente. Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los 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:
	79'316.788

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 79.316.788

LOPEZ VANEGAS

APELLIDOS

MANUEL IVAN

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-JUL-1963

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	A+	M
ESTATURA	G.S RH	SEXO

15-DIC-1982 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A 1500150-00175250-M 0079316788-20030904 0015714686A 1 1230101593

aseo

Período facturado Aseo
JUL/23/2025 - SEP/18/2025

El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
11444951

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
11797637516

KR 69 No. 80-27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
Horario de Atención
BOGOTÁ 901144843-9

Datos del usuario

Tipo de producto:	RESIDENCIAL			Estrato	3
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0.000
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.00
Frecuencia Barrido:	03	Frecuencia Recolección:	03	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
34.179,59	16.476,82	154.680,98

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$68.545	Interés mora	$9
Subsidio	$10.282-	Ajuste a la decena -crédito-	$3-

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$58.270
Aporte (+)	00%	Total Ingresos del periodo	$58.270
Información - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

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
0.0603	0.0398

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$64.455	$54.703	$63.079	58

La tarifa incluye subsidio o aporte*

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: G2 RUTA: G22257 BIMESTRAL

11444951
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11797637516
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
CECILIA VANEGAS DE L CECILIA V

Dirección del predio
CL 76A 104 15

Barrio: GARCES Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Residencial
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 2
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor
Marca BAYLAN Tipo VELO015R160
Serie 13741031 Diámetro pulgadas ½

Período facturado JUN/28/2025 - AGO/26/2025

Pago oportuno SEP/26/2025 Suspensión OCT/01/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
NOV/20/2025	SEP/13/2025 05:03:20	SEP/13/2025 09:15:23

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

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

Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

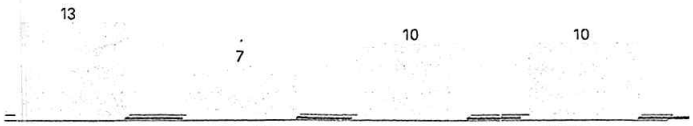
Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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.

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 10 m³



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

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

En este período	Promedio al día
10.000	167

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	614	Facturado con	Consumo prom histórico
Lectura anterior	604	Base promedio	Historico Mismo Usuario
Tu consumo este período	10	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	BAYLAN	Tipo	VELO015R160
Serie	13741031	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
$47.067,54		$40.686,52		$58		$58.270
A		B		C D E F		G

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

Consulta el detalle atrás

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período

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

= **Total a pagar** $146.080

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): fbb620d0cb78e72d7bd79ab2a8f87fa9b9f6353e022a5891bd63adb885f1e25429d8a6e144bd4124f47c5e184b54dbbf

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.	x Valor unitario	x Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)		Cant.	x Valor unitario	x Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.504,77	-15	$2.851-	$8.079,05	$16.158,54		2,00	$4.517,81	-15	$1.355-	$3.840,14	$7.680,62
Consumo residencial básico (m³)	10,00	$3.636,30	-15	$5.454-	$3.090,86	$30.909,00		10,00	$3.883,09	-15	$5.825-	$3.300,63	$33.005,90
Consumo residencial superior básico (m³)	,							,					
Consumo no residencial (mes)	,							,					
Consumo no residencial (m³)	,							,					
Subtotal				$8.305-		$47.067,54					$7.180-		$40.686,52

* 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	$73,37
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$86,32
Total por consumo facturado	$243	$734

El **Mínimo Vital** es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada período facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Acuerdo 927 de 2024)

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$2-
I-intereses de mora	$60
Subtotal	58

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

puntopay · tpaga · RappiPay · Daviplata · Nequi · Claro PBY · OXXO · Servi Fácil · ualá · dale · App EAAB · EAABMóvil

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto pago · Su Red · efecty · puntored · Farmatodo

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

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

Aseo
Valor a pagar
$58.270

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)7707200489996(8020)117976375164(3900)000000058270

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$87.810

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)117976375162(3900)000000087810

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:
14	900250032099777		10-11-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Milicia.		Pardo Gris

ESPECIE: CANINO_FELINO	SEXO: HEMBRA_MACHO	RAZA	EDAD	PESO:	MANEJO ESPECIAL:
X	X	Mestizo	3 A	4 KG	SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR
SI NO Y	SI_____NO X	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
Alba Lorena Lemus Benavides	Calle 69A No. 105H 60	3214593685.

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1000180762	lornalemus761@gmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
Villa del mar	2	

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
132 l/m	34 r/m	37,9 ºc	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___/___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0·4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0·16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Lorena Lemus	1000180762

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:

Scanned with CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **30-ENE-2003**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

10-FEB-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01214913-F-1000180762-20210214 **0073418977A 1** 8501493539

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.180.762**

LEMUS BENAVIDES

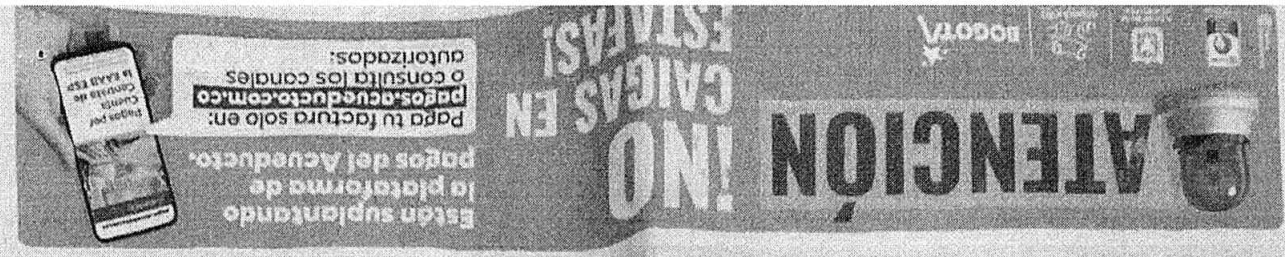
APELLIDOS

ALBA LORENA

NOMBRES



FIRMA



aseo

Período facturado Aseo
JUL/25/2025 - SEP/22/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato
11266702
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos
42758159810
Número de esta factura de servicios públicos

BOGOTÁ

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

Datos del usuario

Tipo de productor	RESIDENCIAL			Estrato	2
Und. Res. Ocupada:	3	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0.000
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.00
Frecuencia Barrido:	03	Frecuencia Recolección:	03	%Participación	0.00%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT	Costo Variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
106.333,60	49.208,84	154.680,98

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$271.525	Ajuste a la decena -crédito-	$5-
Subsidio	-$84.610-		

Concepto	Valor	Mayor Abog	$126.910
Subsidio (-)	40%	Total hoy vence del periodo	$126.910
Aporte (+)	00%	Valor a pagar a la fecha de corte del próximo recibo	
Información - deuda total			

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
0.0603	0.0380	

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$135.213	$125.608	$125.493	60

La tarifa incluye subsidio o aporte?

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: J2 RUTA: J22389

BIMESTRAL

11266702
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42758159810
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado JUL/03/2025 - AGO/30/2025

Pago oportuno OCT/03/2025

Suspensión OCT/08/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
NOV/27/2025	SEP/17/2025 04:28:49	SEP/17/2025 07:41:32

¡Hola!

Factura a nombre de
TITO ERNESTO GUTIERREZ

Dirección del predio
CL 69A 105H 60

Barrio: VILLA DEL MAR Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca WATERTECH ITALIA Tipo VELO015T2
Serie 11-1320188 Diametro 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 más 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. 890.930.514-0

17361 96457 476

Scanned with CamScanner

Alcaldía Local de Engativá

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

HC		FECHA:
15	900255003214284	10-11-2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Arca.				COLOR: gris	
ESPECIE: CANINO_FELINO Y	SEXO: HEMBRA Y MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 6M	PESO: 2.7 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 Y MIXTO OTRO ____			

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO Y _REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jonathan David Barrera Silva	DIRECCION CL 77 No 129-50	TELEFONO 3204598609
CEDULA: 1074257308.	CORREO ELECTRÓNICO: andreaPardo166@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Gran Granada / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: tecnico	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:
N.R.	10-2025.	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: 18-10-2025 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:
124 l/m	30 r/m	38,3 ºc	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 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. 9713	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 4144	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:
	1014257308.

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:

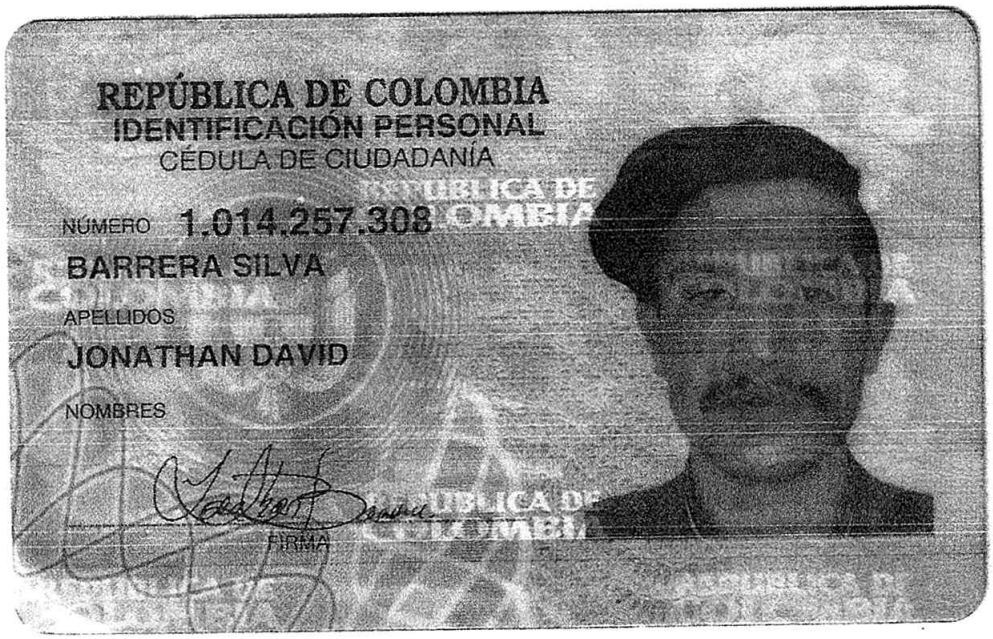
AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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:



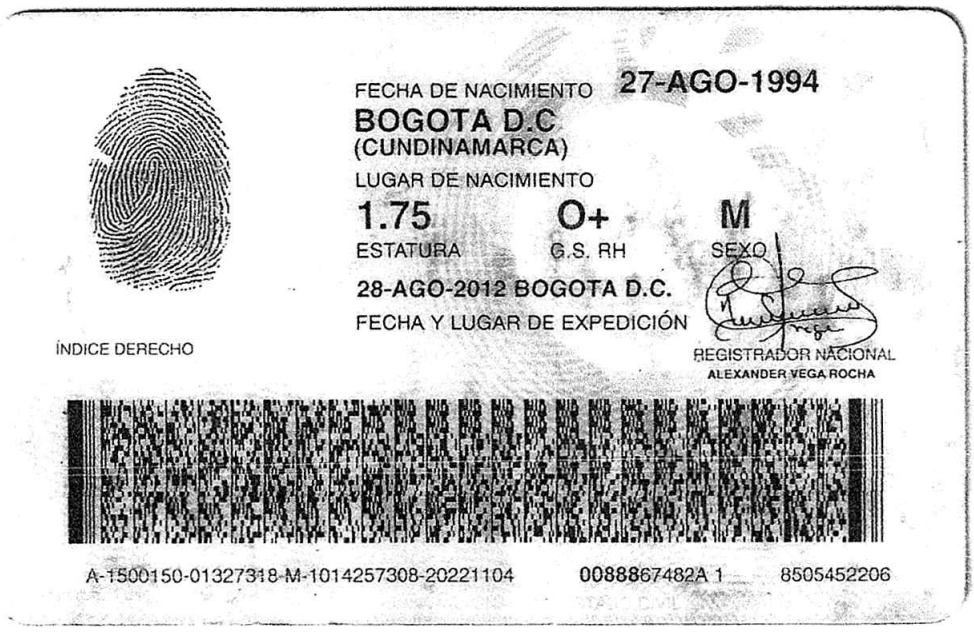
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.014.257.308

BARRERA SILVA
APELLIDOS

JONATHAN DAVID
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-1994
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

28-AGO-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01327318-M-1014257308-20221104 0088867482A 1 8505452206

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 al número de cliente

7553584-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 368898340-9

67
08

CLIENTE

EDUWIN ANDRES MARTINEZ GUTIERREZ
CL 77 NO 129 50 TO2 AP 602
CALLE 77 129 50 TORRE 2 APTO
BOGOTA, D.C. - GRAN GRANADA

04 533 5018 / 20363170

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

Realiza tus trámites de forma fácil y segura.

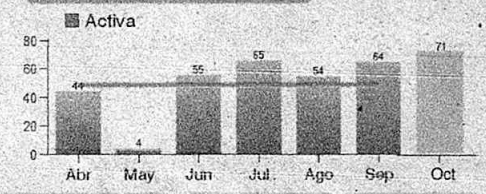
Ingresa en la zona privada de enel.com.co y podrás:

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $798,17

CONSUMO DIARIO: 2,22 kWh

VALOR DIARIO: $1.068

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 71 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 68 kWh

Con más lectura reales, la LECTURA DE TU MEDIDOR y el CONSUMO facturado serán más precisos. Encuentra el código QR y tips de cuidado en www.enel.com.co

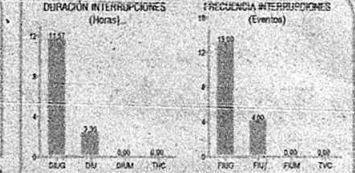
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005045335018
RUTA LECTURA:	35045191478
MANZANA DE LECTURA:	MS005668A3
MEDIDOR NO:	20363170
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: 853827R1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CRC: 0,00
PERIODO: 202508 DI: 258,44 CI: 64,00000 MC: 0,00 MP: 1,00 %t: 0,20
Para mayor detalle consulte las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2014

CONTÁCTANOS

- Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/solicitudes.html
- Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
- 315 890 8003 (Elena Bot o pasa Asesor)
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO

Regístrate gratis

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

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

Billetera Virtual: MOVII; Nequi; tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED; efecty; Reval; MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel (Ordenamiento Chía, Girardot y Fusagasugá)

Almacenes de Cadena

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: BL21-853827R1- - NIVEL DE TENSION: 1 PROPIEDAD: Empresa

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

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de dichos 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 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, al 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: 04/10/2025 02:18:43
FECHA EXPEDICIÓN: 04/10/2025 15:16:22

CUDE: 9f0cbab803d71a2a45c79e8aa48706edaadaa4877579944849c5597a99f8ef7f4e119318c7fa251ecf523712cb30c111f

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-6. Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CSNFinanciero - NIT 830.121.151-0

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$34.160		$0		$34.160	15 OCT /2025	17 OCT/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 7553584-8 | FECHA DE LECTURA: 30 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	1.850		1.779		71		1		71	71		$798,17		$56.670
ENERGIA REACTIVA	321		298		23		1		23	0		$290,01		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $798,1685		X		Beneficio -39,72 %					$22.508

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.068 DIARIOS — **SUBTOTAL:** $34.162

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-2
SUBTOTAL:	$-2

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: $34.160

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 -39,72 %

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
7553584-8

Documento Equivalente Electrónico No.
368898340-9

(415)7707209914253(8020)017553584836889834O9(3900)00000000034160

PAGO OPORTUNO
15 OCT /2025

TOTAL A PAGAR
$34.160

Alcaldía Local de Engativá

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

900255003224464

HC	IO	FECHA:
16		10-11-2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Magic		Negro-blanco

ESPECIE: CANINO_FELINO	SEXO: HEMBRA_MACHO	RAZA	EDAD	PESO:	MANEJO ESPECIAL:
X	X	Mestizo	2 A	3.2 . KG	SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO:	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR
SI_ NO Y	SI_____NO X	CASERO_____CONCENTRADO ____ MIXTO Y OTRO _____

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Ana Maria Ospina Lopera	Cl 74 A N° 170 A 37	3157971126

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1074283895	anamaria0122.06@gmail.com.

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
Gurces Navas	3	

ESCOLARIDAD: Universitario 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/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 26/03/2025.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
124 l/m	32 r/m	37,9 ºc	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
	Ahoparcl	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Ana Maria Espinal Lopera	1019208895

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 **1.014.283.895**
OSPINA LOPERA

APELLIDOS
ANA MARIA

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-OCT-1996**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

24-DIC-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01077707-F-1014283895-20190626 **0065**598003A 1 52040351

Bogotá

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

Para pagos y consultas

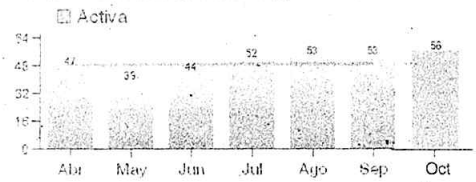
1272340-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 368996526-0

62422

EDILBERTO DIAZ CARDENAS
CL 74 A NO 110 A 37 CA 23
INT 23 MZ 17
BOGOTA, D.C. - GARCA.S NAVAS SUR

04 505 0466 / 7957782



VALOR kWh APLICADO
$798,17

CONSUMO DIARIO:
1,75 kWh

VALOR DIARIO:
$1.187

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES
56 kWh

Realiza tus trámites de forma fácil y segura.

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

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

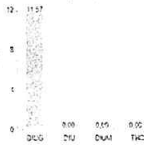
Solo necesitas registrarte, iniciar sesión y asociar tu cuenta con los dígitos del medidor después del guion.



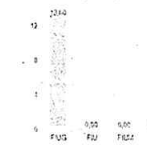
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	5,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005045050466
RUTA LECTURA:	35045090558
MANZANA DE LECTURA:	MS00565501
MEDIDOR NO.:	79577e2
SUBCLASE:	Basica

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)



FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)



CD: 5163781 GRUPO: 11 HC: 0.00 HC: 0.00 CEC: 0.00
PER.CDO: 2025/08 CF: 258,44 CF: 50.00000 MC: 0.00 MF: 1.00 Tvi: 0.00

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 049 de 2019

Revisa tus cables regularmente. Mantenerlos en buen estado es una forma concreta 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 para Asesor)

Enel Colombia @EnelClientesCO

Registrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca	115 Gratuito las 24 horas	601 5140055
601 5 115 115		denuncias@enel.com

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

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

App Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · App Enel Clientes Colombia · Botón de pago PSE · Botón de Pago Bancolombia

dale · MOVii · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

CONEXRED · efácil · Reval · RED CADE · Compensar, Chip, Cerrado y Facatativá

Almacenes de Cadena

efecty





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

G: $273,42 T: $56,03 D: $280,01 CV: $75,19 PR: $56,46 R: $46,16 CF: $0,00 / $798,17 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL2615STR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

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

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

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

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

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

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

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

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

FECHA GENERACIÓN:
04/10/2025 01:13:02
FECHA EXPEDICIÓN:
04/10/2025 14:19:12

CUDE: 831a2b05c178d6e26a6600d6e64aa20f82797564b01c8d1ea1c529194355e883f05fdf1c04f89eea053272a1813557563

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

891 - Página 1 de 4

1 Total Energía $37.990 + 2 Portafolio Enel X $21.100 = $59.090

PAGO OPORTUNO
15 OCT /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN ①
17 OCT/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 1272340-2

30 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	Tarifa Energía kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Mensual
ENERGÍA ACTIVA FP	70.506		70.450		56		1		56	56		$796.17		$44.697
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$290.01		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $796,1685		X		Beneficio -15.00 %					-$6.705

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.187 DIARIOS

SUBTOTAL: $37.992

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-2
SUBTOTAL:	**$-2**

① TOTAL ENERGÍA: $37.990

Otros cobros de productos y servicios

COBRO SEGUROS	$21.100

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiendo 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: $21.100

① Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.863

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
1272340-2

Documento Equivalente Electrónico No.
368996526-0

(415)7707209914253(8020)011272340236899652 60(3900)00000000059090

PAGO OPORTUNO
15 OCT /2025

TOTAL A PAGAR
$59.090

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

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
17	Expiry-Date:2030/07/26 900255003214294	10-11-25.

ORIGEN : CES X PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Blue	Pardo / Blanco

ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 3A	PESO: 2.9 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
Laura Daniela Pinto Martinez	cl 64D 73A 86	3003995221.

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1014308942	isabellamartinezvlaeegmail com.

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
El Encanto	3	

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

3. ANAMNESIS

Buena salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R
Octubre 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/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:
130 l/m	30 r/m	38,2 °c	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,7 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION
En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte. Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación. De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente. Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los 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:
	1014308142

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:

Toneladas por suscriptor mes | Periodo facturado Aseo

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

NA6
Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: A2 RUTA: A22013

BIMESTRAL

10183098	42097253910
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
JOSE MANUEL SALAMANCA

Dirección del predio
CL 64D 73A 86

Barrio: EL ENCANTO Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Comercial
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 0
Unidades No Habitacionales: 1

Datos de tu medidor
Marca: 02 MISURATORI Tipo: VELO015R200
Serie: 23-834005 Diámetro pulgadas: ½

Período facturado AGO/08/2025 - OCT/06/2025

Pago oportuno NOV/11/2025

Suspensión NOV/14/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/06/2026	OCT/25/2025 06:24:41	OCT/25/2025 12:22:54

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

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

Llámanos **116** Acueducto **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.

2656

62969 31252 1/2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.014.308.942**

PINTO MARTINEZ

APELLIDOS

LAURA DANIELA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-OCT-1999**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

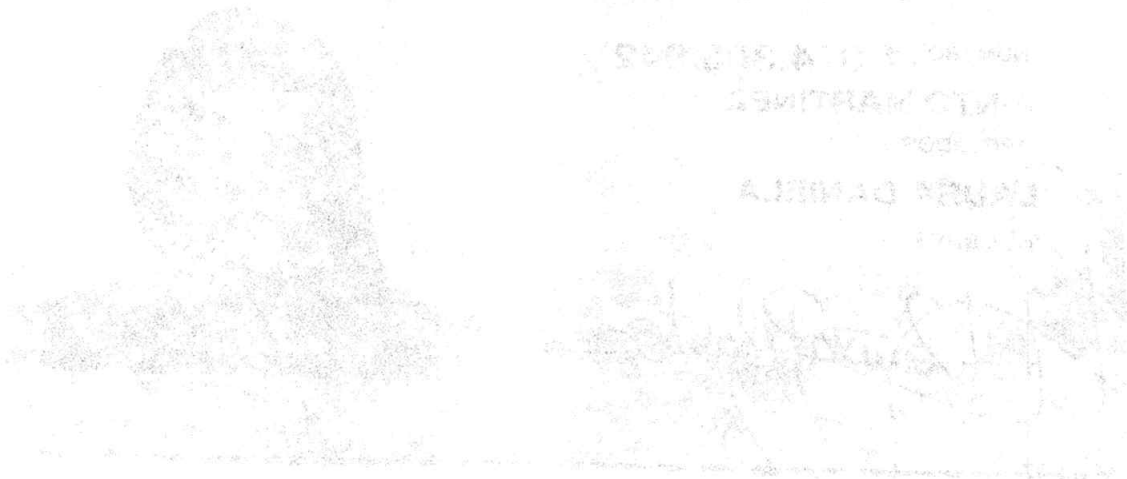
1.67	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

31-OCT-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00957558-F-1014308942-20171122 **0058**565524A 1 49653815



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

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
18	900255003214291	10-17-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:
Missy	cárico

ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 10 M	PESO: 3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____ COMPRADO____ ADOPTADO X REGALADO____ PERRO DE CUADRA____ OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Juan Diego Aguirre Infante	Kr 98A N°65-17	3703425714

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1054802861	jdiego142007@hotmail.com.

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Los Angeles	3	ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL_
Profesional	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
SEP/25	Julio/25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: Julio 04/25 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: Julio /25

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
128 l/m	24 r/m	38.7 ºc	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES: ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ninguno

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
Valentina Alonso Ferro MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	

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:
	1054802861

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:



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-1996
TIBANA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

16-DIC-2014 TIBANA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0730400-00673025-M-1054802861-20150226 0043291717A 1 34712351



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: **3654406-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 372143559-3

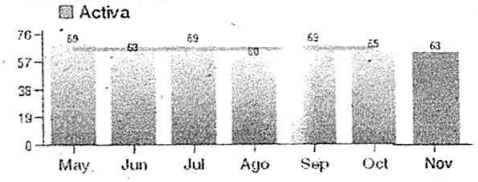
IRMA SUAZA CARDENAS
KR 98 A NO 65 17 AP 201
APARTAMENTO 201
BOGOTA, D.C. - LOS A.NGELES

02 517 9056 / 11078904

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



CONSUMO DE ENERGÍA EN KWH



VALOR kWh APLICADO $818,83

CONSUMO DIARIO: 1,97 kWh

VALOR DIARIO: $1.370

PERÍODO FACTURADO: 27 SEP/2025 A 28 OCT/2025

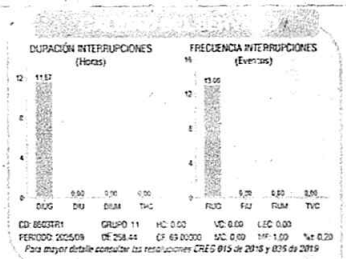
DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 63 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:	5,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005025179055
RUTA LECTURA:	35025170403
MANZANA DE LECTURA:	MS00562347
MEDIDOR NO:	11078904
SUBCLASE:	Básica



USO SEGURO DE ENERGÍA:
Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca uses secadores, planchas o cargadores cerca de lavamanos o duchas.

Contáctanos Web

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 pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

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

Red Di...: RED CADE

Centros de Servicio: enel Oficinas Chía, Girardot y Facatativá

Código QR

Almacenes de Cadena: Olímpica, Metro

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datáfono. El recibo 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

GRUPO: 11 CIRCUITO: FR25-BSGTR1- - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,0% por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.
"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 04/11/2025 00:25:02
FECHA EXPEDICIÓN: 04/11/2025 17:30:14

CUDE: ce1acdd0d6d0067fdcbd8da49388d0815a2f462fe047f2c6b783fc0e3f1f1abe1f9a4d4babb0a3f5bcb07f4bbbc0d4

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
$43.850		$0		$43.850	13 NOV /2025	18 NOV/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 3654406-0 | PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 28 NOV /2025

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lectura	×	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	12.031		11.968		63		1		63	63		$818,83		$51.587
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 %					$7.738

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.370 DIARIOS — SUBTOTAL: $43.849

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$1
SUBTOTAL:	$1

1 TOTAL ENERGÍA: $43.850

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.soyi.com.co en la sección Personas

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

2 TOTAL OTROS: $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.883

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

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

Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

Al momento de hacer tu reporte:

- **Digita la opción número 2**
- **Ten a la mano tu número de cuenta / cliente**

Al final recibirás un caso para hacer seguimiento.



Enel Colombia S.A. ESP. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

NÚMERO DE CLIENTE
3654406-0

Documento Equivalente Electrónico No.
372143559-3

(415)7707209914253(8020)013654406037214355 93(3900)00000000043850

PAGO OPORTUNO
13 NOV /2025

TOTAL A PAGAR
$43.850

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

HC: 19	MICROCHIP: SI — Expiry-Date:2030/07/26 — 900255003214299		FECHA: 10-11-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dorotea			COLOR: Blanco / Negro	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 8 M	PESO: 3.4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X _REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Ana Silvia Leon De Parra	DIRECCION Kr 100 B 76 B-4	TELEFONO 3107977825
CEDULA: 23.620.192	CORREO ELECTRÓNICO: 3107977825@sincorreo.com.	
BARRIO O VEREDA Madrigal	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Primaria NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: N/R	ULT. DESPARASITACIÓN: N/R	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R.
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/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: 124 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 37.8 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.	

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atopina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

Alcaldía Local de 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:
Ana Silvia León	23620192.

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:

12

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.620.192
LEON De PARRA
APELLIDOS
MARIA ANA SILVIA
NOMBRES

Ana Silvia León
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 10-DIC-1957
GUATEQUE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50	O-	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-ENE-1976 GUATEQUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00430821-F-0023620192-20130411 0032692480A 1 40104545

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 · Iraú · 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 nuestros iniciativas.

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

Esta factura presta mérito ejecutivo de conformidad con el artículo 130 de la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno. 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 7048/27032025 VANTI

¡Hola!

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.

GLADIS SUAREZ
KR 100B 76B 4 00001 - EL MADRIGAL
BOGOTA

Medidor Gas No. 5027299-7064477

Lote: P03GN **Ruta:** 0011670183310005010 **Código del Sector:** 363

Cuenta o referencia de pago **61468237**

vanti Listo

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

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



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

2 VIAJES A CARTAGENA

para dos personas todo incluido.

¿Cómo participar?

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

Financia tu compra a 30 meses

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

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

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 combos de viaje para dos personas a Cartagena, quienes deberán contar con el servicio de gas natural residencial y realizar compras en avisados en los establecimientes aliados Vanti Listo, durante la vigencia de la actividad promocional, haciendo uso de su cupo VANTI LISTO por un valor igual o superior a los millones de pesos ($3.000.000), a que realicen compras virtuales de electrodomésticos, a través de la "Tienda Virtual Vanti" ingresando a enlace https://www.grupovanti.com/tienda-virtual/productos y/o un compra sea por un valor igual o superior a un millón de pesos ($1.000.000) en una sola 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 (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. Gestiones Ocasional encargada por Vanti. Consulte los términos y condiciones de la actividad en https://www.grupovanti.com/vanti/atencion/condiciones

Autoriza Colsubsidio

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

363 0011670183310005010 72203 P03GN C1

Factura de gas

Octubre 2025

Cuenta o referencia de pago 61468237

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	13M3	2.747,85	0,00	35.722,05
FIJO	1UN	4.171,00	0,00	4.171,00
AJUSTE DECENA	1UN	-3,05	0,00	-3,05
Vanti Max Asistegas	1UN	4.722,69	897,31	5.620,00

1 Total $45.510,00

Tus financiaciones

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

NREF Ncuota
~~$45.510,00~~
127018686621-10-2025

2 Total $0,00

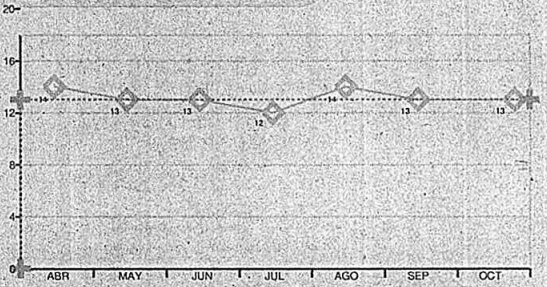
3 Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar (1 + 2 + 3) $45.510,0

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
04 Sep. 2025	4011	REAL
04 Oct. 2025	4028	REAL

m³ corregido= 4028 - 4011 * Factor de corrección = 13

Tu próxima lectura será

Entre 02 y el 07 de Noviembre

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com,
valor sugerido $ 4551
Estimado cliente recuerde que tiene entre Oct/2025 y el 31/03/2026 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/04/2026 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Mar. 2026

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1478.84 Tm: 583.64 Dm: 614.99 Cm: 2747.85
P: 70.38 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: 154 kWh y el precio unitario del kWh es: $259.046

Factor de corrección

Vm: 17 Kp: 0.76826 Kt: 1.00624 Ft: 0.77305
Vc: 13 Tm: 13.77 Tc: 15.56 Fe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.023 F pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77305

Indicadores de calidad

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



NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO

(415)7709998026025(8020)61468237(3900)00000000045510

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA "Autorretenedor" Resolución No. 4859 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764091287057 del 31/03/2025 - Facturación electrónica desde N° 500000001 hasta 1000000000 con vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 2-11001000-6. VANTI S.A. ESP. NIT: 800.007.813-5 - Retenedor Fiscal Decreto 1Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art 130 de la ley 142 de 1994

Control Tecnología y Servicios S.A.S. Nit. 890.321.151-0

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

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
20	900255003214290	10.7.25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:
Tormenta	Pardo

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 2A	PESO: 4.0 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
Ino Naranjo Castiblanco	kr 112A Bis 71 c 18	3154638381

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
41.565.621	inarz@hotmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Villa Dorado	2	ENGATIVÁ

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Agosto 2025	Sept 25	N/A

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

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

4. 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:
122 l/m	24 r/m	38,2 ºc	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Gina Paola Rodriguez C Medica Veterinaria CPS T.P. 9743	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	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:
Luis Camilo Castiblanco	4156562

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.565.621

NARANJO CASTIBLANCO

APELLIDOS

INES

NOMBRES

FIRMA



06-1



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-SEP-1952

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

21-ENE-1974 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



R-1500150-00215493-F-0041565621-20100216 0020965870G 1 5020265498

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

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

¡Hola!

INES NARANJO
KR 112A BIS 71C 18 C48 00001 - VILLA DORADO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5187101-211482

Lote: P08GN **Ruta:** 0011670436130005000 **Código del Sector:** 366

Cuenta o referencia de pago 61855415 3/5Y638381

366
0011670436130005000
96905
P08GN
C1

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:



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

vanti Listo

2 Viajes a Cartagena
para dos personas todo incluido.
¿Cómo participar?

Realiza compras iguales o superiores a $3.000.000 en todos nuestros tiendas aliadas

Financia tu compra a **30 meses**

Espera el **gran sorteo:**
1° sorteo: **13 de octubre – 15 viajes**
2° sorteo: **11 de noviembre – 30 viajes**

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

Easy · Euro · Alkosto · Ktronix

Autorización provisional denominada "Crédito Listo Maletas Listas" organizada por las empresas que conforman el grupo VANTI S.A. ESP. El plazo de premios consiste en la entrega de 32 premios en viajes para dos personas a Cartagena, cuenta además recibir con el servicio de gas natural residencial y realizar compras de artículos en los comercios aliados del establecimiento mixtos. 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 que realicen compras virtuales de gasodomésticos a través de la "Tienda Virtual Vanti" segmentada a través de https://www.grupovantitienda.vtexdevelopment.com/ y que realicen compras 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) días, por medio del cupo de su factura de gas natural (incluye cuotas financiadas). Promoción válida para compras realizadas entre el 16 de septiembre de 2025 a las 00:00 horas y el 31 de octubre de 2025, a las 23:59 horas. 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/sorteos/maletas-listas/

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.

Impreso por: Redeb

Octubre 2025
61855415
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
28 Oct. 2025	29 Oct. 2025	Sep. - Oct. 2025	15 Oct. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	7M3	3.095,72	0,00	21.670,04
MENOS SUBSIDIO (37%)	1UN	-8.017,91	0,00	-8.017,91
AJUSTE DECENA	1UN	-2,13	0,00	-2,13

1 — Total $13.650,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

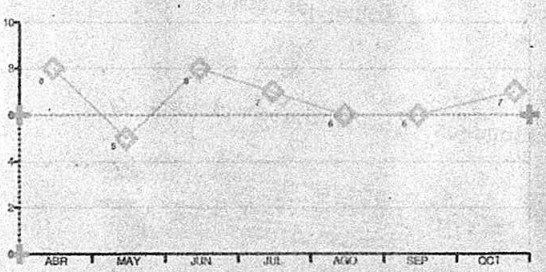
3 — Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$13.650,0**

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
10 Sep. 2025	2539	REAL
10 Oct. 2025	2548	REAL

m³ corregido = 2548 - 2539 * Factor de corrección = 7

Tu próxima lectura será

Entre 08 y el 13 de Noviembre

Novedades de tu factura

CuVa $ 2747.85

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Sep. 2029

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del 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
Com: 0.0 Fpcm: 42.55 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 83 kWh y el precio unitario del kWh es: $164.483

Factor de corrección

Vm: 9 Kp: 0.76826 Kt: 1.00627 Pt: 0.77308
Vc: 7 Tm: 13.76 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.023 F² pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77308

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPIE: 100.0





(415)7709998026025(8020)61855415(3900)00000000013650

96905 C1 Factura No. F15B66558899

CUFE:3dff6c0d9483cce7ad3614dbd5f2b9f0f693b211af671b0c6be466bce9a1de1d1414500d0f82010f4203dfe6367f5a5c23e0

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

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
21	Expiry-Date:2030/07/26 900255003214288	10-11-25.

ORIGEN : CES X PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:
Fiesa	Calico

ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 7M	PESO: 3.0 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

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

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO_____ADOPTADO ____REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Jannath Arevalo Silva	Kr 86 N° 68A 62	3792091577

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
57810353	jannath.as@hotmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Santa Helenita	3	ENGATIVÁ

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R.
N/R	N/R	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: 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: 128 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 38.1 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	____ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.72 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
Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	

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:
JANNETH ARCUACO S.	51810.353 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:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.810.353
AREVALO SILVA

APELLIDOS
JANNETH

NOMBRES

JANNETH AREVALO SILVA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-JUL-1964
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-JUL-1984 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00028522-F-0051810353-20080721 0001372236A 1 1280012589

Bogotá

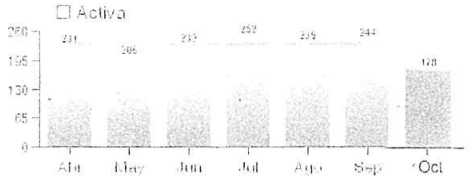
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 830.053.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

1800072-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 371365283-2

ALCIBIADES GARAVITO
AK 86 NO 68 A 62 IN 2
PISO 2 Y PARTE PISO
BOGOTA, D.C. - SANTA HELENITA

18 502 6264 / 25007889



VALOR kWh APLICADO
$818,83

CONSUMO DIARIO
5,93 kWh

VALOR DIARIO
$4.326

PERIODO FACTURADO: 23 SEP/2025 A 22 OCT/2025
DIAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES 178 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:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005185026264
RUTA LECTURA:	3518505041 4
MANZANA DE LECTURA:	MS00560803
MEDIDOR NO:	25007889
SUBCLASE:	Básica

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)



CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/medidores.html

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

Zona privada de tu página Web

316 890 6003 (Llama Bot o pasa Asesor)

@EnelClientes

@EnelClientesCo

App Enel Clientes Colombia

Bogotá Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

601 514 0055 desde Cualquier parte

Línea de Atención al Consumidor

Chatea con nosotros en: https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html

defensor@enel.com

Revisa tus cables regularmente
Mantenlos en buen estado ya que forma acceso de seguridad un encierro combatido y libre de riesgos





COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: SEP/2025
G: $294,58 T: $51,66 D: $295,10 CV: $77,00 PR: $59,90 R: $30,50 CF: $0,00 / $818,83 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: PITE-TESTRI - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica. Factu 11.01 por mil. Sujeto autoretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2005. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1995.
Sírvase el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos dentro de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicarse al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.
Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual podrá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.
Esta factura se cobra previa medición ajustada a lo conformidad con el artículo 130 de la ley 142 1994.
En cumplimiento de la resolución CREG 156 / 11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP ejecuta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Decreto de Comercial, de acuerdo con la aplicación prevista en la resolución 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 comunicarse a los canales de atención dispuestos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. (NIT. 830.053.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

CUDE: 47bd57cea53d2e8511 6a8a6e2c749a1f4197c2bc6df23243bbea9b4 9eb105328a0025317 0614a3d653b8ed95dc35c38

FECHA GENERACIÓN
24/10/2025 00:46:58
FECHA EXPEDICIÓN
24/10/2025 12:49:11

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC Nombre del SW: CENFacturero NIT 890.321.151-9

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:
22	900255003214297	10/11/2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Gary				COLOR: Cafe y negro
ESPECIE: CANINO_FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA Siames	EDAD 1 año 2 meses	PESO: 4.5 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 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
Paula Andrea Montero Ramirez	cll 75 # 99 - 17	3125053075
CEDULA: 1.014.857.030.	CORREO ELECTRÓNICO: Paularr420@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Madrigal / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller / 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: 13/02/2025
N/A	23/10/2024.	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: 16/12/25 RABIA: 13/02/25

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno	
CLASIFICACION ASA: I. (II) III. IV. V. VI. E.	CONDICIÓN CORPORAL: 2 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 132 l/m	F. RESPIRATORIA: 34 r/m	TEMPERATURA: 38,3 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES:				

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,9 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Paula M.	1014857030

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 1.014.857.030



Apellidos
MONTERO RAMIREZ

Nombres
PAULA ANDREA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.56	F

Fecha de nacimiento
12 JUL 2004

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
30 NOV 2022, BOGOTA D.C.

Firma
Paula M.

Fecha de expiración
02 DIC 2032

.CO

009590111

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL009590111215001<<<<<<<<<<
0407126F3212024COL1014857030<2
MONTERO<RAMIREZ<<PAULA<ANDREA<

SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil, ¡tenerla,

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito 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!

IVENDE SANABRIA
CL 75 99 17 - EL MADRIGAL
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5017110-631279

Lote: P03GN **Ruta:** 0011670198310005010 **Código del Sector:** 363

Cuenta o referencia de pago 61270708

vanti Listo

Compra televisores, electrodomésticos, motos y muchos más y paga en cuotas o meses sin intereses con tu tarjeta de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

363
0011670198310005010
P03GN
73589
C1



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

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 combos de viaje para dos personas a Cartagena, quienes deberán contar con el servicio de gas natural residencial y realicen compras de artículos en las categorías activas en establecimientos aliados Vanti Listo, durante la vigencia de la actividad promocional, haciendo uso de su cupo VANTI LISTO por un valor igual o superior a los millones de pesos ($3.000.000), o que realicen compras virtuales de electrodomésticos a través de la "Tienda Virtual Vanti" ingresando a enlace https://www.grupovanti.com/vivienda-virtual/productos y cuyo 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 (incluye valores financiados). Promoción válida para compras realizadas entre el 1 de septiembre de 2025 al 31 de octubre de 2025. Se realizarán 2 sorteos los días trece (13) de octubre, y once (11) de noviembre de 2025. Ganancia Ocasional aplicada por Vanti. Consulta los términos y condiciones de la actividad en https://www.grupovanti.com/vantilista/cb/bases/vivo

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/

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.

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA Autoretenedores
Resolución No. 4959 del 17 Jul 1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764091267037 del 31/03/2025 Facturación electrónica desde N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

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

Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S. BIC
Nit 890.321.151-0

24/10/2025 08:10:06 AM
SDD RM Rapidado 7 de Agosto
Carrera 24 #67 61 D

3 — 4

Periodo facturado
. - Oct. 2025

Emisión de tu factura
07 Oct. 2025

		IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
	2.747,85	0,00	10.991,40
	4.171,00	0,00	4.171,00
	-2,40	0,00	-2,40
Total	$15.160		

1 — Total $15.160,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

3 — Valor facturas vencidas

$0,00

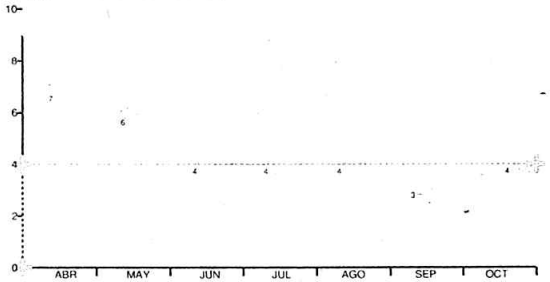
Total a pagar (1)+(2)+(3)

$15.160,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
03 Sep. 2025	1720	REAL
03 Oct. 2025	1725	REAL

m³ corregido= 1725 - 1720 * Factor de corrección = 4

Tu próxima lectura será

Entre 02 y el 07 de Noviembre

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com,
valor sugerido $ 1516

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)61270708(3900)00000000015160

Revisión I

Vencimiento F
Periódica Obli

31 May.

La revisión de la instalaci
responsabilidad y debe re
plazos establecidos en la re
*Resoluciones 059 de 2012

Tarifas

El valor del m³ de

Jul. $2710 Ago.

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

Compo

Gm: 1478.84 Tm: 583.
.p: 70.38 Cvm: 0.
Ccm: 0.0 Fpcm: 42

Mj/m³ Tu consumo en m³ d
kWh y el precio unitario d

Factor

Vm: 5 Kp: 0.768
Vc: 4 Tm: 13.77
Pa: 0.753 Pm: 0.023

Factor de correción: 0.773

Indicado

IRST: 100.0 DES: 0.



Disfruta de tu cupo de crédito Vanti Listo y financia tus productos favoritos de tecnología y electrohogar, de una forma rápida y sencilla.

Compra en: tienda