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

HC: 60 | MICROCHIP: 900255001994688 | FECHA: 29/11/25

ORIGEN: CES X PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milly Leon | COLOR: Gris

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA: Mestizo | EDAD: 4m | PESO: 2 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

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

ORIGEN: NS/NR_ RESCATADO X COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mery Alexandra Medina Lagos | DIRECCION: cl 77 NO 12209 | TELEFONO: 3057977394

CEDULA: 52 392 337 | CORREO ELECTRÓNICO: 3057977394@sincorreo.com

BARRIO O VEREDA: Villas de alcala | ESTRATO: 0 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Tecnologo | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL__

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: NR | ULT. DESPARASITACIÓN: Agosto 2025 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: NR

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: 117 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 37. °c | TLLC 3. seg | MUCOSAS: Rosa.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,14 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,08 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

2. 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: Alexandra Ochoa	Nro de Identificación: 52392337

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:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.392.337

MEDINA LAGOS
APELLIDOS

MERY ALEXANDRA
NOMBRES

FIRMA





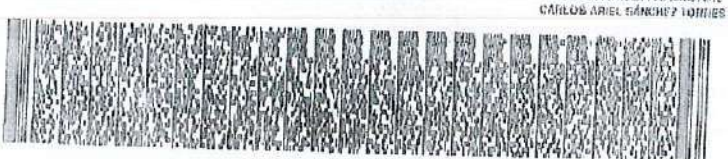
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-SEP-1978
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-NOV-1996 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00257560-F-0052392337-20100928 0034143598A 2 1970917503

Bogotá

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: **3475360-1**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 372542872-4

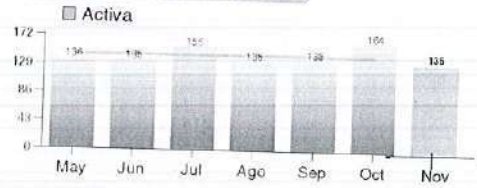
107151

CLIENTE

JULIO CESAR NEMOGA ALVAREZ
CL 77 NO 122 03
CASA 23C
BOGOTA, D.C. - VILLAS DE ALCALA.

04 502 9246 / 25565461

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $818,83

CONSUMO DIARIO: 4,53 kWh

VALOR DIARIO: $4.454

PERIÒDO FACTURADO: 01 OCT/2025 A 30 OCT/2025
DIÀS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES 136 kWh
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 144 kWh

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

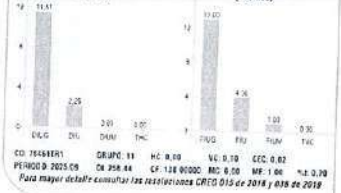


INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	5,26
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005045029246
RUTA LECTURA:	35045040280
MANZANA DE LECTURA:	MSSF564774
MEDIDOR NO:	25565461
SUBCLASE:	Básica

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CO 25565461 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0.00 CCC: 0.02
PERIODO 2025.09 D6 358.44 CF: 126.00000 MC: 0.00 MF: 1.00 %I: 0.70
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

CONTÁCTANOS

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

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	6015140055 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; puntored; efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: Oficinamovil Chia, Girardot y Facatativa

Almacenes de Cadena: Olímpica; Metro

Código QR

Si prefiere efectuar su pago personal bancario, acerque el documento de cobro. El pago del consumo no es un soporte válido en caso de reclamo.



Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en: www.enelxstore.com/co/es sección "Comparto mi energía"
Aporte sugerido: $13.363

FECHA GENERACIÓN: 06/11/2025 01:17:24
FECHA EXPEDICIÓN: 06/11/2025 15:09:11

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: SEP/2025
G: $294,58 T: $51,69 D: $305,19 CV: $77,00 PR: $99,90 R: $30,50 CF: $0,00 / $818,83 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL23-25461TR1 - - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0647 de 25 de enero 2002. IVA Regimen Comun. 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 CREG 156113 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifico el Codigo da 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 linea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: a9ca198d78d3e583550a2cc3b40be292d3d0012096e6d5fec119028a474ec3476e7d3861f0c94eb8347400792ee0d792f5

Proveedor Tecnológico: Conexpal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFnumerico - NIT 860.321.151-0

Factura impresa por Conexpal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.832-6

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

HC: 61 | 900255003231260 | FECHA: 29-11-2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kiara Guzman | COLOR: Gris

ESPECIE: CANINO___ FELINO Y SEXO: HEMBRA Y MACHO | RAZA Mestizo | EDAD 11 m | PESO: 2.9 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____REGALADO Y PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Dora Yemith Guzman | DIRECCION: Kra 112 A No 66-30 | TELEFONO: 3024703555

CEDULA: 52794450 | CORREO ELECTRÓNICO: Yemithguzman@gmail.com

BARRIO O VEREDA Maranda | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: CASA Y APTO__RURAL_

3. ANAMNESIS

buen estado de Salud

ULT. CELO: 10-2025 | ULT. DESPARASITACIÓN: 08-2025. | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: 09 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: 117 l/m | F. RESPIRATORIA: 20 r/m | TEMPERATURA: 37.6 ºc | TLLC 2. seg | MUCOSAS: Rosa.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,9 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,11 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO	Angela Marcela Diaz	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Forero	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	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:
Yenith Guzman	52994450

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:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.794.450

GUZMAN

APELLIDOS

DORA YEMITH

NOMBRES

Dora Yemith Guzmán

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-JUN-1980

GACHALA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-OCT-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00185374-F-0052794450-20091013 0017100834A 2 1280100827

70002

enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0607212-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 372716757-2

CLIENTE

JORGE A RUEDA
KR 112 A NO 66 39
P1
BOGOTA, D.C. - MARANDU

05 509 7163 / 19356204

¿Quieres tu factura virtual? Escanéala código

EL PRESTAMO DE LA CIUDAD
Crédito Fácil COPENSA

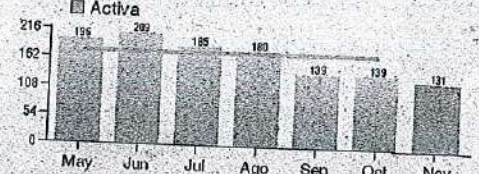
¡LLEGO A TU CASA!
TU PRESTAMO DE HASTA
$12.000.000
EN EFECTIVO

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

Encuentralos escaneando el código

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

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $820,96

CONSUMO DIARIO: 4,52 kWh

VALOR DIARIO: $2.196

PERÍODO FACTURADO: 03 OCT/2025 A 31 OCT/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 131 kWh

CONSUMO PROMEDIO DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES: 175 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:	
ESTRATO:	Residencial
CARGA kW:	2
FACTOR:	2,00
RUTA REPARTO:	1
RUTA LECTURA:	30005055097163
MANZANA DE LECTURA:	35055170490
MEDIDOR NO:	MS00566515
SUBCLASE:	19356204
	Básica

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 4111978 GRUPO: 11 KC: 0,00 MC: 0,00 DUC: 0,00
PER.ODO: 202509 Di: 297,15 Cf: 139,00000 MD: 0,00 MF: 1,00 %E: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y actividades enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
Línea 316 890 8003 (Llama Sola o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

CENTROS DE 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 Banca · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de pago Online · Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual
daviplata · dale · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios
CONRED · efecty · El Reval · MOVIRED

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel

Almacenes de Cadena

Código QR

Si cancela en un corresponsal bancario, tenga el comprobante del datáfono. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: OCT/2025
G: $295,46 T: $52,97 D: $307,93 CV: $75,68 PR: $60,36 R: $25,58 CP: $0,00 / $820,96 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: FR23-11197RE1 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por ent. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. 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 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 comuníquese a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2018, se informa que a partir del 1 de enero de 2019 no se aceptarán pagos en efectivo 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.

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.
Escanea el código.

CUDE: 0ef96cafb0dfe9e9513d8d5e9dc3740944c1d7d2edde80338fd0443a9d8ea34993d2aeb52af571a87d5c8b8b2749b40c

FECHA GENERACIÓN: 07/11/2025 01:30:23
FECHA EXPEDICIÓN: 07/11/2025 20:22:10

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.812-8.
Versión Adaptada
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENfinanciero - NIT 890.321.151-0
14.440 - Página 1 de 2

70002

No. Cuenta 0607212-6 70002

Total Energía (1)	+	Portafolio Enel X (2)	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$63.690		$0		$63.690	19 NOV /2025	21 NOV/2025

ENERGÍA | Número de Cuenta: 0607212-6 | Próxima Lectura: 03 DIC /2025

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

CALCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia Consumos	×	Factor	=	Energía Consumida kWh	Subsidio Facturado kWh	×	Valor Unitario	=	Valor Producto
ENERGIA ACTIVA FP	47.420		47.289		131		1		131	131		$820,96		$107.516
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$307,93		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh			X	Valor kWh $820,9603		X		Beneficio -41,09 %					-$43.856

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2.196 DIARIOS — **SUBTOTAL: $63.690**

Otros cobros asociados a energía

Consumos + Otros cobros asociados a energía — (1) TOTAL ENERGÍA $63.690

Otros cobros, productos y servicios

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

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

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $160.862

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 -41,09 %

Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

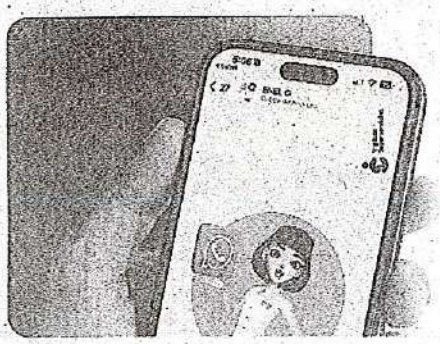
Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

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
0607212-6

Documento Equivalente Electrónico No.
372716757-2

(415)7707209914253(8020)0106072126372716757 2(3900)00000000063690

PAGO OPORTUNO
19 NOV /2025

TOTAL A PAGAR
$63.690

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

HC: 62 | MICROCHIP: 900255003231246 | FECHA: 29-11-2025

ORIGEN: CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Cloe | COLOR: Blanco-negro.

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA Mestizo | EDAD 8M | PESO: 3.2 KG | MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___CONCENTRADO X MIXTO OTRO___

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO___COMPRADO___ADOPTADO X REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jimzay Nicol Cuevas Avila | DIRECCION: CL 69 No 119 B13 | TELEFONO: 3222128519

CEDULA: 1.000.522.523. | CORREO ELECTRÓNICO: linsaynicol59@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Centro engativa II | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: 10-2025 | ULT. DESPARASITACIÓN: N.R. | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X

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:

HALLAZGOS ENCONTRADOS:

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 129 l/m | F. RESPIRATORIA: 24 r/m | TEMPERATURA: 37.6 ºc | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria UDCA 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:
Limzay Nicol C	1000822523

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:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.522.523
CUEVAS AVILA

APELLIDOS
LIMZAY NICOL

NOMBRES

Limzay Nicol
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 04-NOV-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

11-NOV-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01270515-F-1000522523-20211203 0077069585A 4 8503394577

enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas a tu número de cliente es:

2640687-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 372831549-5

58899

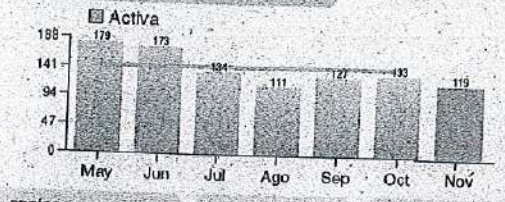
CLIENTE

EMMA ESTELA MOGUI
CL 69 NO 119 B 13
BOGOTA, D.C. - CENTRO ENGATIVA II

05 503 2580 / 1061998

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $820,86

CONSUMO DIARIO: 4,10 kWh

VALOR DIARIO: $1.984

PERÍODO FACTURADO: 03 OCT/2025 A 31 OCT/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 119 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 143 kWh

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

EL PRESTAMO DE LA CIUDAD | Crédito Fácil COPENSA

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

Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia
¡Acércate ya a una de nuestras oficinas!
Crédito Fácil COPENSA!

Encuéntralos escaneando el código

La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditofacilcopensa.com

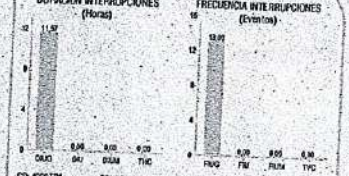
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	4,01
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005055032580
RUTA LECTURA:	35055050789
MANZANA DE LECTURA:	MS00566732
MEDIDOR NO:	1061998
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 600 TTR | GRUPO: 11 | HC: 0,00 | VC: 0,00 | CEC: 0,00
PERIODO: 2025 09 | Dc: 257,15 | Cf: 137,00000 | MIC: 0,00 | MF: 1,00 | %t: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

- Trámites y solicitudes: enel.com.co/es/personas/tramites.html
- Chat de asesores: enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
- 315 890 6003 (Elena Bot o pase Asesor)
- Enel Colombia | @EnelClientesCO
- Regístrate Gratis
- Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

OFICINA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	QUEJAS
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 Bancos | Internet | Teléfono Bancos | Débito Automático | Cobro Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de pago Online | Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual

daviplata | nequi | dale | MOVII | Nequi | tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED | efecty | Reval | MOVIRED | Supergiros | Servientrega

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Código QR

Almacenes de Cadena

SURTEO

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: OCT/2025
G: $295,46 T: $52,97 D: $307,93 CV: $76,69 PR: $60,36 R: $26,56 CF: $0,00 / $820,86 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: FR18-4900781- - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícase 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 0051 de 10 de diciembre de 2025.

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

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.

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código

FECHA GENERACIÓN: 07/11/2025 01:43:13
FECHA EXPEDICIÓN: 07/11/2025 22:04:17

CUDE: 546fc7af1c4e86ca93866e53f5a7fa0c91dde2f853b1a1e60dce676b5b724932bb3c9fbba21a7279ba7c5348c8aea4df6

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.812-8.

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

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO
$57.550		$0		$57.550	19 NOV /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN ⊖ 21 NOV/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 2640687-4

03 DIC /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 Referencia
ENERGÍA ACTIVA FP	33.616		33.497		119		1		119	119		$820,96		$97.694
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$307,93		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $820,9603		X		Beneficio -41,09 %					$40.145
												SUBTOTAL:		$57.549

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.984 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$1
SUBTOTAL:	$1

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA $57.550

Otros cobros de productos y servicios

enelx

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

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

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 COOENSA 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 -41.09 %

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
2640687-4

Documento Equivalente Electrónico No.
372831549-5

(415)7707209914253(8020)012640687437283154 95(3900)00000000057550

PAGO OPORTUNO
19 NOV /2025

TOTAL A PAGAR
$57.550

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

HC 63 MICR 900255003231178

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X FECHA: 29-11-2025

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lupy

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO

RAZA Mestizo EDAD 10m COLOR: Negro

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X

PESO: 2.4 KG MANEJO ESPECIAL: 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: Dil Nory Acosta Barbosa

DIRECCION Kra 113 No 70b 11 TELEFONO 3214632121

CEDULA: 52 603. 237

CORREO ELECTRÓNICO: dil8307@hotmail.com

BARRIO O VEREDA La Riviera ESTRATO: 2 LOCALIDAD: ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Especialista.

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: 10-2025 ULT. DESPARASITACIÓN: 08-2025. ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

FELINOS: TRIPLE FELINA: 03-08-2025 .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: 114 l/m F. RESPIRATORIA: 28. r/m TEMPERATURA: 37.4 ºc TLLC 3 seg MUCOSAS: Rosa.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1. ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,7 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,09 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria UDCA T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Ferro 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: 52603237

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:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52603237

ACOSTA BARBOSA
APELLIDOS

DIL NORY
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-SEP-1983
PACHO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

29-SEP-2001 PACHO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1519000-39098282-F-0052603237-20020116 01008 02016A 02 109902892

Denuncia en la línea 18

cualquiera de las siguientes situaciones. Así protegerás la disponibilidad de tus servicios públicos:

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

aseo

Período facturado Aseo
SEP/01/2025 - OCT/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
11846712

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
10429748717

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

Datos del usuario

Tipo de productor	RESIDENCIAL	Estrato	2
Und. Res. Ocupada:	2	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	Costo variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
72.639,46	33.653,12		154.680,98

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$145.005	Interés mora	$29
Subsidio	$58.402-	Ajuste a la decena -crédito-	$2-

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$87.630
Aporte (+)	00%	Total ingresos del periodo	$87.630
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a b.dav en el periodo actual	

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Recházo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas
0.0635	0.0380

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$90.684	$88.880	$84.787	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

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: C2 RUTA: C22112 BIMESTRAL

11846712
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

10429748717
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado AGO/13/2025 - OCT/10/2025

Pago oportuno NOV/14/2025 Suspensión NOV/20/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/10/2026	OCT/29/2025 05:59:12	OCT/29/2025 10:00:24

¡Hola!

Factura a nombre de
LUIS FELIPE MUÑOZ DIAZ

Dirección del predio
KR 113 70B 11 CA 1

Barrio: LA RIVIERA **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 BAYLAN Tipo VELO015R160
Serie 15451612 Diámetro pulgadas ½

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

En este periodo **consumiste 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

26801 126107 6217

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue **19 m³**



FEB-ABR	ABR-JUN	JUN-AGO	ÚLTIMO CONSUMO
$120.587	$98.051	$84.501	

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
15.000	254

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	495	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	480	Base promedio	
Tu consumo este período	15	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	BAYLAN	Tipo	VELO015R160
Serie	15451612	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
$45.065,42		$41.321,21		$26.730-		$87.630
A		B		C D E F		G

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

Consulta el detalle atrás

Escanea y paga virtual

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

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

= **Total a pagar** $147.287

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): e6298eae5ff76f93157fc1b928ae6c0e65a83f9699bffa89c313f00ac7ff55fa622617f10b995a390eba1bd6bfddcb31

Detalle de tu consumo este bimestre

	A Acueducto						B Alcantarillado					
	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.701,86	-40	$7.762-	$5.821,17	$11.641,92	2,00	$4.611,53	-40	$3.689-	$2.766,92	$5.534,06
Consumo residencial básico (m³)	15,00	$3.713,70	-40	$22.282-	$2.228,22	$33.423,50	15,00	$3.976,41	-40	$23.859-	$2.385,84	$35.787,15
Consumo residencial superior básico (m³)	,						,					
Cargo fijo no residencial (mes)	,						,					
Consumo no residencial (m³)	,						,					
Subtotal				$30.044-		$45.065,42				$27.548-		$41.321,21

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

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$17,43	$60,30
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$261	$904

El Mínimo Vital es el volumen de agua potable asignado a cada suscriptor de acueducto para el uso doméstico de subsistencia, que incluye 6 m³ mensuales. El valor no facturado por el mínimo vital se factura a los usuarios residenciales de los estratos 1, 2 y 3. (Ley 142 de 1994)

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$3
D-ben. mín. vital total	$26.739-
Intereses financiación	$8
Subtotal	26.730-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE Consulta la direcciones y horarios de atención en: www.cupato.gov.co/servicios/cades — La EAAB ESP sólo tiene convenios con las siguientes bancos: Popular, Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Coy.

Aseo
Valor a pagar
$87.630

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)104297487175(3900)000000087630

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$59.657

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)104297487172(3900)000000059657

26801

126108 62171 2/2

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

Alcaldía Local de Engativá

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

HC: 64 | 900255003231167 | FECHA: 29-11-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ambar | COLOR: Amarillo cafe blanco

ESPECIE: CANINO_FELINO_X_ SEXO: HEMBRA_X_MACHO | RAZA Mestizo | EDAD 1 A | PESO: 3.7 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

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

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Paola Alejandra Camillo Escobar | DIRECCION: Kra 69 H No 64-16 | TELEFONO: 3102394229

CEDULA: 1000.594.456 | CORREO ELECTRÓNICO: pao.aleja.camillo.escobar@gmail.com

BARRIO O VEREDA Bosque Popular | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Universitario | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 15-11-2025 | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa 08.2025. | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
120 l/m	21. r/m	37.6 gc	3' seg	Rosado

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	/ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,25 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,14 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria UDCA T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Torres 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:
Alejandra CC	1000594456

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

NUMERO 1.000.594.456
CARRILLO ESCOBAR
APELLIDOS
PAOLA ALEJANDRA
NOMBRES
Alejandra C.E.
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAR-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
26-ABR-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01233459-F-1000594456-20210520 0074400865A 1 8501946011

enel Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0489113-8**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 374189702-0

CLIENTE

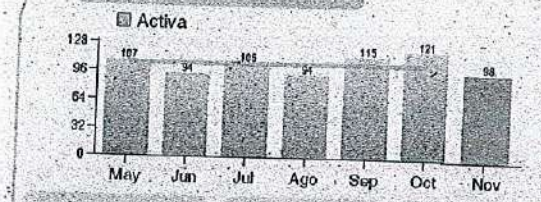
MARIA FANNY ALVAREZ DE CARRILLO
KR 69 H NO 64 16
BOGOTA, D.C. - BOSQUE POPULAR

13 505 4632 / 9678

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

EL PRESTAMO DE LA CIUDAD
¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000
EN EFECTIVO
Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia
¡Adquiere ya a uno de nuestros cupos
Crédito Fácil CODENSA!
Solicítalos escaneando el código
*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil crediticio. Cobro mínimo
www.creditofacilcodensa.com

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $820,98

CONSUMO DIARIO: 3,38 kWh

VALOR DIARIO: $2.358

PERÍODO FACTURADO: 16 OCT/2025 A 13 NOV/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 98 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 103 kWh

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

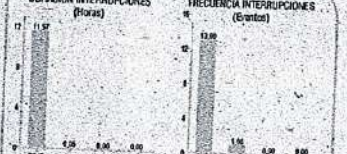
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	6,56
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005135054832
RUTA LECTURA:	35135130346
MANZANA DE LECTURA:	MS00550527
MEDIDOR NO:	9678
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 3662281 GRUPO: 11 RC: 0,00 VC: 0,00 CSC: 0,00
PERIODO: 2025/09 Dt: 257,15 CF: 115,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 * Sc: 0,00
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

Dudas y solicitudes enelcomunidad/personas/radicadores
Chat de servicio en enelcomunidad/personas/chat-de-atencion
316 690 6000 (Elena Bot o pase Asesor)
Enel Colombia
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

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

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

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, antes el descompte del datáfono. El recibo del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

Inscribete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.
Escanea el código

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

G: $296,48 T: $52,97 D: $307,93 CV: $76,88 PR: $60,36 R: $26,58 CF: $0,00 / $820,96 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: SA23-3662281 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

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

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

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 116, 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 presta 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. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 19/11/2025 00:49:49
FECHA EXPEDICIÓN: 19/11/2025 13:51:15

CUDE: 32c8726ceaa702ab2b0de761691aa2f492f2bcd24fe081f2f434776e59106152ecac2ed90b047bbebe9a/ce1e0d8b/cr=8

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.050.812-0. Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CEN/Financiero - NIT 860.321.151-0

Total a Pagar Este Mes	Portafolio Enel X	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$68.390	$0	$68.390	28 NOV /2025	02 DIC/2025

O/T negui

NÚMERO DE CUENTA 0489113-8 — 16 DIC /2025

ENERGÍA

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de Lecturas	×	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	22.410		22.312		98		1		98	98		$820,96		$80.454
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$307,93		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $820,9603		X		Beneficio -15,00 %					-$12.068

SUBTOTAL: $68.386

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2.359 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$4
SUBTOTAL:	$4

Otras compras 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 bajo la opción FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y gas — (2) TOTAL OTROS: $0

Consumos + Otros cobros asociados a energía — (1) TOTAL ENERGÍA: $68.390

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 $103.803.

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.

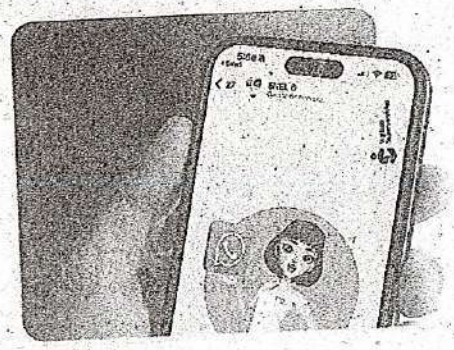
Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

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 0489113-8

ocumento Equivalente Electrónico No. 374189702-0

(415)7707209914253(8020)0104891138374189702O(3900)00000000068390

PAGO OPORTUNO 28 NOV /2025

TOTAL A PAGAR $68.390

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

65 | MICROCHIP: SI 900255003231173 | FECHA: 29-11-2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Crispy

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA Mestizo | EDAD 8m | COLOR: Negro | PESO: 3.3 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: Cristian Camilo Marcos Gomez Tovar | DIRECCION: AK 114 No 80-51 | TELEFONO: 3177891137

CEDULA: 1.000.063.294. | CORREO ELECTRÓNICO: Marcosgomeztcc@gmail.com

BARRIO O VEREDA: El cortijo | ESTRATO: 3. | LOCALIDAD: ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Pregrado NS/NR | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

ULT. CELO: 29-11-2025 | ULT. DESPARASITACIÓN: 05-2025. | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

FELINOS: TRIPLE FELINA: 27.06.2025. 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: 127 l/m | F. RESPIRATORIA: 29 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO	Angela Maricela Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Perez MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL		

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: 1000063294

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:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.063.294

GOMEZ TOVAR
APELLIDOS

CRISTIAN CAMILO MARCOS
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-ENE-2000

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

19-ENE-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

*INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00975395-M-1000063294-20180205 0059397452A 1 49663947

Período facturado ASEO SEP/23/2025 - NOV/23/2025

El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato 12366588
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 42779237512
Número de esta factura de servicios públicos

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	0.200
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.12
Frecuencia Barrido:	03	Frecuencia Recolección:	03	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT	Costo variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
36.941,78	11.627,42	154.680,98

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$58.090
Aporte (+)	00%	Total ingresos del periodo	$58.090
Informativo - deuda total		Tenga una Aseo reporte a la DIAN en el periodo actual	

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Cargo variab multi res	$68.336		
Subsidio	$10.250-	Ajuste a la decena -debito-	$4

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$54.868	$54.744	$55.466	62

La tarifa incluye subsidio o aporte

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		
0.0635	0.0246		

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

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: J22370

BIMESTRAL

12366588
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42779237512
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado AGO/31/2025 - OCT/29/2025

Pago oportuno DIC/04/2025

Suspensión DIC/10/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/28/2026	NOV/18/2025 06:50:39	NOV/18/2025 20:20:41

¡Hola!

Factura a nombre de
CONSTRUCTORA COLPATRIA PLAZUEL

Dirección del predio
AK 114 80 51 IN 15 AP 301

Barrio: EL CORTIJO **Localidad:** ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA Tipo VELO015C
Serie 10119300 Diámetro pulgadas ½

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

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

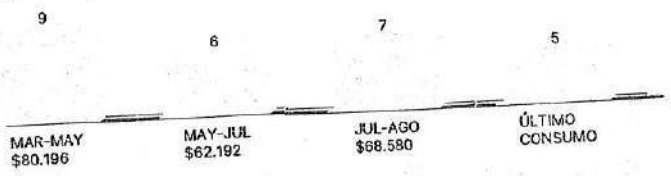
Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

cadena

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 7 m³



En este período consumiste menos agua que en el anterior.

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

En este período	Promedio al día
5.000	83

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	2141	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	2136	Base promedio	
Tu consumo este período	5	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	IBERCONTA	Tipo	VELO015C
Serie	10119300	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
$32.591,21		$24.992,30		$3-		$58.090
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 = **Total a pagar** $115.670

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 0f3cd2f3e7fefe2384f190b3d6d96366ff320cf4f667430b8ef89e8f65e7dcc2c350165e73d27ebd90ebfdb3e50473d3

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

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

Detalle de tu consumo este bimestre

	A Acueducto Cant.	Valor unitario	%	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)	B Alcantarillado Cant.	Valor unitario	%	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.790,78	-15	$2.937-	$8.322,16	$16.644,56	2,00	$4.653,75	-15	$1.396-	$3.955,68	$7.911,50
Consumo residencial básico (m³)	5,00	$3.752,13	-15	$2.814-	$3.189,31	$15.946,65	5,00	$4.018,96	-15	$3.014-	$3.416,12	$17.080,80
Consumo residencial superior básico (m³)	-						-					
Cargo fijo no residencial (mes)	-						-					
Consumo no residencial (m³)	-						-					
Subtotal				$5.751-		$32.591,21				$4.410-		$24.992,30

* 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)	$25,50	$90,85
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$127	$454

Mínimo Vitales: un beneficio donde se descuentan 3 m³ bimestrales (subsidio económico de hasta 9 m³ mensuales). Para más información sobre cómo acceder a este beneficio, visita nuestra página web.

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$3-
Subtotal	3-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

La EAAB-ESP tiene convenios con los siguientes bancos: Popular, Davivienda, Sopl abens Colpatria, Caja Social, Itau, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Citi

Aseo
Valor a pagar
$58.090

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)427792375120(3900)000000058090

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar

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

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

FC: 66 | Expiry-Date:2030/09/02 900255003231180 | NO | FECHA: 29-11-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Cookie. | COLOR: Blanco-negro

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA Mestizo | EDAD 8m | PESO: 3.9 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO__

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO____ | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO____COMPRADO____ADOPTADO X REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Cristhan Camib Marcos Gomez Tovar | DIRECCION: AK 114 N. 80-51 | TELEFONO: 3178911137

CEDULA: 1000.063.294 | CORREO ELECTRÓNICO: marcosgomeztc@gmail.com

BARRIO O VEREDA: El cortijo | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Pregrado | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: 12-11-2025 | ULT. DESPARASITACIÓN: 06-2025. | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

FELINOS: TRIPLE FELINA: 2706 2025 ,LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI____NO / | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I. (II) III. IV. V. VI. E.

CONDICIÓN CORPORAL: 5 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 121 l/m | F. RESPIRATORIA: 29. r/m | TEMPERATURA: 37.6 °c | TLLC 3' seg | MUCOSAS: Rosa.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,27 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO: Gina Paola Rodriguez G | FIRMA
TARJETA PROFESIONAL: Medica Veterinaria MSc

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: Valentina Alonso Ferro T.P. 9743 | FIRMA
TARJETA PROFESIONAL: 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: 1000063694

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:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.063.294**

GOMEZ TOVAR
APELLIDOS

CRISTIAN CAMILO MARCOS
NOMBRES

FIRMA





*INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-ENE-2000**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

19-ENE-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00975395-M-1000063294-20180205 **0059**397452A 1 49663947

Denuncia en la línea 116

cualquiera de las siguientes situaciones. Así protegerás la disponibilidad de tus servicios públicos:

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

aseo

Período facturado Aseo
SEP/23/2025 - NOV/23/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
12366588

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
42779237512

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

Datos del usuario

Tipo de producto:	RESIDENCIAL			Estrato	3
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0.200
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.12
Frecuencia Barrido:	03	Frecuencia Recolección:	03	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT:	36.941,78	Costo variable no aprovechables	11.627,42
Valor base aprovechamiento	154.680,98		

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000
Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas	
0.0835	0.0246	

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$54.868	$54.744	$55.466	62

La tarifa incluye subsidio o aporte

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Cargo variab mult res	$68.336	Ajuste a la decena -debito-	$4
Subsidio	$10.250-		

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$58.090
Aporte (+)	00%	Total Cargos del periodo	$58.090
Interemitivo - deuda total		Valor que debe reportar a la DIAN en el periodo actual	

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: J2 RUTA: J22370

BIMESTRAL

12366588
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42779237512
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado AGO/31/2025 - OCT/29/2025

Pago oportuno DIC/04/2025 Suspensión DIC/10/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/28/2026	NOV/18/2025 06:50:39	NOV/18/2025 20:20:41

¡Hola!

Factura a nombre de
CONSTRUCTORA COLPATRIA PLAZUEL

Dirección del predio
AK 114 80 51 IN 15 AP 301

Barrio: EL CORTIJO **Localidad:** ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA Tipo VELO015C
Serie 10119300 Diámetro pulgadas ½

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

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

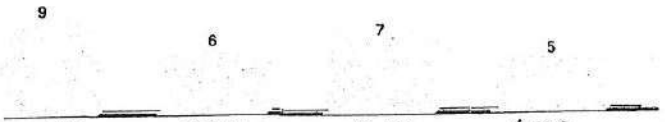
Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

cadena.

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 7 m³



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

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

En este período 5.000

Promedio al día 83

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	2141	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	2136	Base promedio	
Tu consumo este período	5	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	IBERCONTA	Tipo	VELO015C
Serie	10119300	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
$32.591,21		$24.992,30		$3-		$58.090
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** $115.670

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 0f3cd2f3e7fefe2384f190b3d6d96366ff320cf4f667430b8ef89e8f65e7dcc2c350165e73d27ebd90ebfdb3e50473d3

Detalle de tu consumo este bimestre

	A Acueducto						B Alcantarillado					
	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.790,78	-15	$2.937-	$8.322,16	$16.644,56	2,00	$4.653,75	-15	$1.396-	$3.955,68	$7.911,50
Consumo residencial básico (m³)	5,00	$3.752,13	-15	$2.814-	$3.189,31	$15.946,65	5,00	$4.018,96	-15	$3.014-	$3.416,12	$17.080,80
Consumo residencial superior básico (m³)	,						,					
Cargo fijo no residencial (mes)	,						,					
Consumo no residencial (m³)	,						,					
Subtotal				$5.751-		$32.591,21				$4.410-		$24.992,30

* 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)	$25,50	$90,85
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$127	$454

1 El Mínimo Vital es tu beneficio dentro del Distrito de Subsidios y Contribuciones para apoyar económicamente a los hogares de menores ingresos. Si no aparece en tu factura, solicítalo en nuestros canales de atención.

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$3-
Subtotal	3-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

La EAAB ESP no tiene convenios con los siguientes bancos: Popular, Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Citi.

Aseo
Valor a pagar
$58.090

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si paga con cheque, gírar 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)427792375120(3900)0000000058090

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$57.580

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)427792375121(3900)0000000057580

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

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

HC: 67	MICROCHIP: SI 900255001994696	FECHA: 29-11-2025
ORIGEN: CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X		

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: GUS-GUS			COLOR: GRIS	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA MESTIZO	EDAD 6M	PESO: 4.6 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO____ MIXTO X OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X_REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Viviana Reyes Ricaurte	DIRECCION Kr 94G 87 14	TELEFONO 3102937688.
CEDULA: 1.014.190.279	CORREO ELECTRÓNICO: jascdanyre@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA Quirigua / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO_RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: N/R	ULT. DESPARASITACIÓN: Sept/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 18 Julio/25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 119 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 37 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: ROSA.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	< ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,8 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	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:
Viviana Reyes	40141902794

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:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.014.190.279**

REYES RICAURTE

APELLIDOS

VIVIANA

NOMBRES

Viviana Reyes.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-NOV-1987**

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-FEB-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00621455-F-1014190279-20140910 0039940298A 2 1283016929

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

En convenio de recaudo con: vanti. Más formas de avanzar

CAPILLAS DE LA FE | CORSERPARK

AFILIATE

Está por terminar el año y aún estás a tiempo de cubrir a quienes amas con TRANQUILIDAD

PREVISIÓN EXEQUIAL

Consulta términos y condiciones en: www.coorserpark.com - www.capillasdelafe.com



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

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

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



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

Inscríbete aquí

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

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



Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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, Banca 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. 800396.212-8 7048272082025 VANTI

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

VIVIANA REYES
KR 94G 87 14 - QUIRIGUA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5157198-46927

Lote: P13GN **Ruta:** 0011460143700005010 **Código del Sector:** 347

Cuenta o referencia de pago **60618492**

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



vanti Listo

Compra con tu cupo de crédito Vanti Listo lo que quieras.
Cupo hasta de
$8.000.000
en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.
Extracupo hasta de
$12.000.000
exclusivo para motos.

Sin trámites
Sin papeleo
Sin estudio de crédito

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

éxito, ALKOSTO, K-TRONIX, HOMECENTER

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP., Gas Natural del Cesar S.A. ESP., Gas Natural del Oriente S.A. ESP. y Surtigas S.A. ESP. Vanti Listo en alianza con Bancolombia para el servicio de financiación no bancaria otorgado por Vanti. Aplica condiciones de la política de financiación consultalas en grupovanti.com/vantilisto

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago: 60618492

BOGOTÁ

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 04 Dic. 2025
2. Fecha de suspensión: 05 Dic. 2025
3. Periodo facturado: Oct. - Nov. 2025
4. Emisión de tu factura: 21 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	39M3	2.741,69	0,00	106.925,91
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	3,20	0,00	3,20
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	10.347,00	0,00	10.347,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	110.748,90	0,00	110.748,90

1 Total $232.205,01

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1,88 % V-Tecnología Vanti	1/48	77.004,99	110.748,90	77.004,99

2 Total $77.004,99

3 Valor facturas vencidas

$0,00

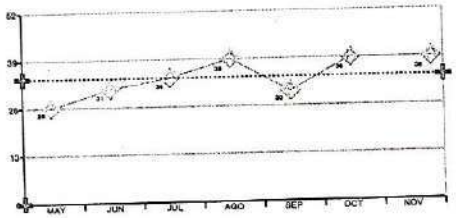
Total a pagar (1+2+3)

$309.210,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Tres | Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
17 Oct. 2025	2274	REAL
19 Nov. 2025	2325	REAL

m³ corregido= 2325 - 2274 * Factor de corrección = 39

Tu próxima lectura será

Entre 13 y el 18 de Diciembre

Novedades de tu factura

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

(415)7709998026025(8020)60618492(3900)00000000309210

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Oct. 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 $2742.

Ago. $2804 Sep. $2719 Oct. $2748

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

Componentes tarifarios

Gm:1438.91 Tm: 632.88 Dm: 599.2 Cm: 2741.69
Pi: 70.7 Cvm: 0.0 Cufm: 4180.0 Cuvm: 2741.69
Com: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

MJ/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 461 kWh y el precio unitario del kWh es: $241.011

Factor de corrección

Vm: 51 Kp: 0.76865 Kt: 1.00627 Ft: 0.77347
Vc: 39 Tm: 13.76 Tc: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.0234 F pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77347

Indicadores de calidad

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



MÁS INFORMACIÓN

Línea gratuita desde celular #523 OPCIÓN 1

Línea nacional gratuita desde fijo 01 8000 11 52 33 OPCIÓN 1

Cali Cel/fijo: (601) 317 5670 OPCIÓN 1

Línea de atención 24 horas, Bogotá (601) 345 0189

CORSERPARK
Con usted en los momentos difíciles

CAPILLAS DE LA FE

Síguenos

Las previsiones exequiales son ofrecidas y comercializadas por Coserpark S.A.S, Vanti S.A. ESP y sus filiales

Banco ganadero consultoría y asesoría Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Radicado de ANI. Autorización Resolución No. 1055 de 17-Jul-1998 Autorización de numeración 18764012813901 del 31/05/2025. Facturación electrónica desde N° 0000001 hasta 1000000000 con vigencia de 24 meses

Emitida y/o de Supervigilancia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 2511001000-6, VANTI S.A. ESP. NIT. 800.007.813-5 - Régimen Real Declara Y Retiene S.A.S. Gran Contribuyente según Resolución 0012 de 2016 y 142 de 1994 Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC NIT 900813.946-9

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

HC: 68 | MICROCHIP: SI 900255001994687 | FECHA: 29-11-2025

ORIGEN: CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bombon | COLOR: Gris

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA: Mestizo | EDAD: 6M | PESO: 2-5 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO____MIXTO X OTRO____

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO____COMPRADO____ADOPTADO X_REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diego Fernando Cañas Quiroz | DIRECCION: Kr 94G 87 14 | TELEFONO: 3102937688

CEDULA: 1.016.019 781 | CORREO ELECTRÓNICO: josedanyre@hotmail.com

BARRIO O VEREDA: Quirigua | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_

3. ANAMNESIS

Buena salud → cojea una patica.

ULT. CELO: N/R | ULT. DESPARASITACIÓN: 18- JULIO/25 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: 18 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: 117 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 31 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: ROSA.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,17 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G. Médica 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:
Diego C.	1016019781

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:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.016.019.781**

CAÑAS QUIROZ

APELLIDOS

DIEGO FERNANDO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-MAR-1989**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-AGO-2007 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

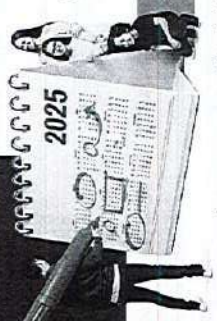
A-1500150-00991233-M-1016019781-20180329 **0060581628A 1** 9903787556

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

En convenio de recaudo con: vanti. Más formas de avanzar

CAPILLAS DE LA FE
COORSERPARK

AFÍLIATE



Está por terminar el año y aún estás a tiempo de cubrir a quienes amas con
TRANQUILIDAD

PREVISIÓN EXEQUIAL 2025

Consulta términos y condiciones en: www.coorserpark.com - www.capillasdelafe.com

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

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

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

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestro 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.

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

VIVIANA REYES
KR 94G 87 14 - QUIRIGUA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5157198-46927

Lote: P13GN **Ruta:** 0011460143700005010 **Código del Sector:** 347

Cuenta o referencia de pago **60618492**

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO **APROBADO ES:**

vanti Listo



Sin trámites
Sin papeleo
Sin experiencia crediticia

Compra con tu cupo de crédito Vanti Listo lo que quieras.
Cupo hasta de
$8.000.000
en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.
Extracupo hasta de
$12.000.000
exclusivo para motos.

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

éxito · Jumbo · ALKOSTO · K-TRONIX · HOMECENTER

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Surtigas S.A. ESP. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación a través de crédito por el Grupo Vanti. Aplican condiciones de tu política de financiación, consúltalas en grupovanti.com/vantilisto.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

347 0011460143700005010 P13GN

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago **60618492**

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
04 Dic. 2025	05 Dic. 2025	Oct. - Nov. 2025	21 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	39M3	2.741,69	0,00	106.925,91
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	3,20	0,00	3,20
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	10.347,00	0,00	10.347,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	110.748,90	0,00	110.748,90

1 — Total **$232.205,01**

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.88 % V-Tecnología Vanti	1/48	77.004,99	110.748,90	77.004,99

2 — Total **$77.004,99**

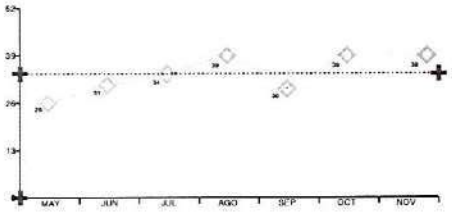
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar (1 + 2 + 3) **$309.210,0**

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Tres | Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
17 Oct. 2025	2274	REAL
19 Nov. 2025	2325	REAL

m³ corregido= 2325 - 2274 * Factor de corrección = 39

Tu próxima lectura será

Entre 13 y el 18 de Diciembre

Novedades de tu factura

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)60618492(3900)00000000309210

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Oct. 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 $2742.

Ago. $2804 Sep. $2719 Oct. $2748

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

Componentes tarifarios

Gm: 1498.91 Tm: 632.88 Dm: 599.2 Cm: 2741.69
Pi: 70.7 Cvm: 0.0 Cufm: 4180.0 Cuem: 2741.69
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

MJ/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 461 kWh y el precio unitario del kWh es: $241.011

Factor de corrección

Vm: 51 Kp: 0.76865 Kt: 1.00627 Ft: 0.77347
Vc: 39 Tm: 13.76 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.0234 Pi pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77347

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPB: 100.0



Factura No. F1586990470 9 C1 35468

MÁS INFORMACIÓN

Línea gratuita desde celular #523 OPCIÓN 1
Línea nacional gratuita desde fijo 01 8000 11 52 33 OPCIÓN 1
Call Center, Bogotá (601) 317 5670 OPCIÓN 1
Línea de atención 24 horas, Bogotá (601) 345 0188

CAPILLAS DE LA FE
COORSERPARK
Con usted en los momentos difíciles
Síguenos
Las previsiones exequiales son ofrecidas y comercializadas por Coorserpark S.A.S. Vanti S.A. ESP y sus filiales solo actúan como entidad recaudadora a través de la factura de servicio público de gas natural domiciliario.

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

HC: 69	MICROCHIP: SI 900255001994686		FECHA: 29-7-25
ORIGEN : CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO
HABITANTE DE CALLE	COMUNIDAD X		

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Princesa			COLOR: Marron - Beige
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Siames	EDAD 4M	PESO: 2.4 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: Carmen Alicia Jaramillo Pinto	DIRECCION Kr 117 63H 12	TELEFONO 3745535008
CEDULA: 51711805	CORREO ELECTRÓNICO: 3745535008@sincorreo.com	
BARRIO O VEREDA Engativa / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: primaria / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: N/R	ULT. DESPARASITACIÓN: Ser/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: 4-nov/25 LEUCEMIA: RABIA: Agosto/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
76 l/m	24 r/m	37 °c	2 seg	Rosada

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.)	0,17 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,09 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO	Gina Paola Rodriguez G		FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	Medica Veterinaria MSc		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Forero	T.P. 9743	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	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:
Carmen Alicia Jaramillo	5741185

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:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
JARAMILLO PINTO

NUIP 51.711.805

Nombres
CARMEN ALICIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.62

Sexo
F

Fecha de nacimiento
30 AGO 1962

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
14 DIC 1981, BOGOTA D.C.

Firma
Alicia Jaramillo

Fecha de expiración
18 FEB 2033

.CO

012482818

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL012482818615001<<<<<<<<<<
6208303F3302185COL51711805<<<3
JARAMILLO<PINTO<<CARMEN<ALICIA

¡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.



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

Tan fácil y seguro que es pagarlo.

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

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

Bancolombia

Nequi

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 COMERCIALIZACIÓN S.A.S. NIT. 900.805.812-9 704/6/7/8/2005 VANTI

¡Hola!

JAIME MENDOZA
KR 117 63H 12 02 00001 - ENGATIVA
BOGOTA

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

Medidor Gas No. 5187101-213512

Lote: P12GN **Ruta:** 0011760018130005110 **Código del Sector:** 412

Cuenta o referencia de pago **61284771**

vanti

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

vanti



Sin trámites
Sin papeleo
Sin sorpresas

Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.
Cupo hasta de
en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.
Extracupo hasta de
exclusivo para motos.

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

Comfama

Promoción válida para clientes Vanti S.A. ESP., Gas Natural Comprimido y/o Licuado S.A. ESP. y Gases del Oriente S.A. ESP. Vigente hasta el 31/12/2025 o hasta agotar inventario. Aplica para compras de la misma cuenta contrato. Consulta términos y condiciones en nuestros canales de atención.

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 4154

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.

412
0011760018130005110
P12GN
86476
C1

Noviembre 2025

61284771

Vanti

puntored

Scotiabank

Colpatria

CORRESPONSAL BANCARIO
SCOTIABANK COLPATRIA
Prohibido no ha cobra por este
Levantamiento
Pago de facturas

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	28/11/2025
Hora	11:28:36
Terminal	980471
Convenio	VANTI GAS NATURAL DE BOGOTA
Cod. Convenio	0357
Referencia	61284771
Valor	$13,700
Transaccion	001291844426
Usuario	MARIA HERMELINDA DELGADILLO OJEDA

Línea de atención
personalizada en Bogotá:
601 248 7077 opción del 5 ó 1
8000 960 595
Aquí también puede pagar su
tarjeta de
Crédito y recaudos de convenios
del Banco
Scotiabank Colpatria
BANCO SCOTIABANK COLPATRIA
VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE
COLOMBIA

2 — Fecha de suspensión: Dic. 2025

3 — Periodo facturado: Oct. - Nov. 2025

4 — Emisión de tu factura: 20 Nov. 2025

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
	7M3	3.116,58	0,00	21.816,06
	1UN	-8.119,94	0,00	-8.119,94
	1UN	3,88	0,00	3,88

1 — Total $13.700,00

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: $13.700,0

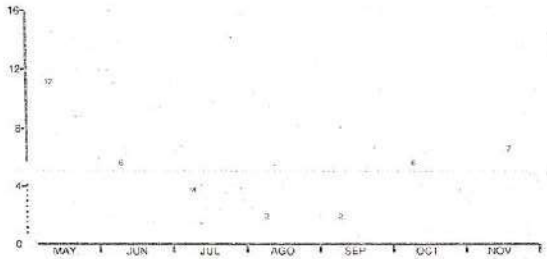
Paga por

Escanea el código QR

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NIT ESP NIT: 800.007.813-5 Revisor Fiscal Deloitte & Touche S.A.S. Esta factura de la ley 142 de 1994

Circular Unificada - Resolución CREG 015 de 2018 Art. 87.3.3.1.6

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Dos Días de consumo 32

Fecha	Lectura	Tipo
17 Oct. 2025	3531	REAL
17 Nov. 2025	3540	REAL

m³ corregidos: 3540 - 3531 * Factor de corrección = 7

Tu próxima lectura será: Entre 12 y el 17 de Diciembre

Novedades de tu factura

CuVa $ 2741.68

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Jun. 2027

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en el reglamento (vigente)*
*Resoluciones 059 de 2013 y 41255 de 2017

Agende la RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2742.

Ago. $2804 Sep. $2719 Oct. $2748

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

Componentes tarifarios

Gac:	1498.91	Tm:	632.68	Dm:	599.2
Cm:	0.0
P:	70.7	Dmr:	0.0	Dm*r:	0.0
Cmr:	0.0
Gcm:	0.0	Tpcm:	42.512	Dm*r:	0.0
Dm*r:	0.0

Mpio: Tu consumo en m³ de gas es de 68 kWh y el precio unitario del kWh es $165.013

Factor de corrección

Vm:	5	Kr:	0.76826	Kr:	1.00627	Fc:	0.77308
Vc:	7	Tb:	13.76	Tc:	15.56	Fc:	1.01000
Pa:	0.753	Pm:	0.023	Z tpc:	1.0		

Factor de corrección: 0.77308

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IQ: 100.0 IPC: 100.0

(415)7709998026025(8020)61284771(3900)00000000013700

Alcaldía Local de Engativá

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

HC: 70	MICROCHIP: SI 900255001994704	FECHA: 29-11-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tizana			COLOR: Marron / Beige	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Siames	EDAD 2A	PESO: 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 X OTRO ____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO____ ADOPTADO____ REGALADO____ PERRO DE CUADRA____ OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Darieth Jhasic Martinez Calderón		DIRECCION Cl 70B 113 47	TELEFONO 3203132797
CEDULA: 1.032 473 532		CORREO ELECTRÓNICO: darieth950723@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Villa Dorado	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Post grado NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL_		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
NS/R	SER/25.	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa 07-10-25 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 07-10-25.

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI____ NO X SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Roxidad Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: NINGUNO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 117 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 37 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,12 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,4 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV.
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,28 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 Médica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1032473532

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 1.032.473.532
MARTINEZ CALDERON
APELLIDOS
DARIETH JHASIC
NOMBRES

Darieth Martinez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-JUL-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

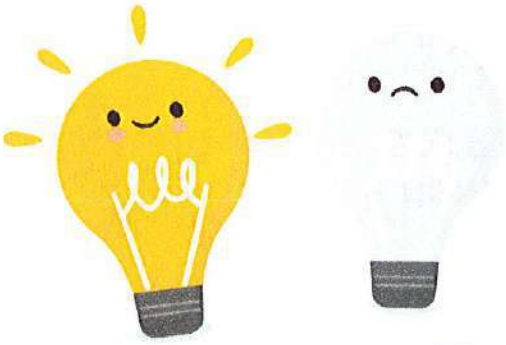
O+
G.S. RH

M
SEXO

05-AGO-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00913858-M-1032473532-20170621 0055873434A 1 9910041643



VIVAMOS COMO HIJOS DE LUZ

LÁMINAS DE ACCIONES

PARA USO PERSONAL
(no se permite su uso para venta)

lospequesdelreino

Los Peques del Reino

*SOLICITA TU
FACTURA·EN·LÍNEA·
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



*SOLICITA TU
FACTURA·EN·LÍNEA·
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

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

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

» Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-9 7048/27082026 VANTI

¡Hola!

MARINA BARBOSA
CL 70B 113 47 03 - VILLA DORADO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007112-746904

Lote: P08GN **Ruta:** 0011670404190005200 **Código del Sector:** 366

Cuenta o referencia de pago 62638119

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



vanti Listo

Compra con tu cupo de crédito Vanti Listo lo que quieras.

Cupo hasta de
$8.000.000
en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.

Extracupo hasta de
$12.000.000
exclusivo para motos.

Sin trámites
Sin papeleo
Sin experiencia crediticia

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

dafiti · Jumbo · ALKOSTO · KTRONIX · HOMECENTER

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

366 0011670404190005200 P08GN G1

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago **62638119**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. **Pago oportuno** 28 Nov. 2025
2. **Fecha de suspensión** 29 Nov. 2025
3. **Periodo facturado** Oct. - Nov. 2025
4. **Emisión de tu factura** 14 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	5M3	3.116,58	0,00	15.582,90
MENOS SUBSIDIO (37%)	1UN	-5.799,96	0,00	-5.799,96
AJUSTE DECENA	1UN	4,65	0,00	4,65
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	42,41	0,00	42,41

1 — Total $9.830,00

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

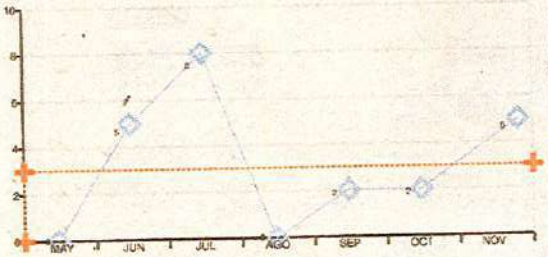
Total a pagar 1 + 2 + 3

$9.830,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Dos | Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
10 Oct. 2025	959	REAL
12 Nov. 2025	965	REAL

m³ corregido= 965 - 959 * Factor de corrección = 5

Tu próxima lectura será

Entre 07 y el 12 de Diciembre

Novedades de tu factura

CuVa $ 2741.69

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 Ene. 2027

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2742.

Ago. $2804 Sep. $2719 Oct. $2748

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

Componentes tarifarios

Gm: 1438.91 Tm: 632.88 Dm: 599.2 Cm: 0.0
Jt: 70.7 Cvm: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 59 kWh y el precio unitario del kWh es: $165.813

Factor de corrección

Vm: 6 Kp: 0.76826 Kt: 1.00631 Pt: 0.7731
Vc: 5 Tm: 13.75 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.023 P^2 pv: 1.0

Factor de corrección: 0.7731

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPIL: 100.0



(415)7709998026025(8020)62638119(3900)00000000009830

Resolución No. 4955 del 17 Jul. 1998 Autorización de numeración de facturación por medios electrónicos 31/03/2025 Facturación electrónica desde No 50000001 hasta 160000000 con vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios Vanti S.A. E.S.P. NIT: 900.607.813-5 - Revisor Fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art 130 de la ley 142 de 1994

Consejo Tecnología y Servicios S.A.S. BIC Nit. 830.021.151-0

Alcaldía Local de Engativá

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

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
71	900255001994703	29. 11. 25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ceniza				COLOR: Gris atigrada	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA MESTIZO	EDAD 6M	PESO: 2.2 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X	
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO___ MIXTO X OTRO___		

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Darieth Jhasic Martinez Calderón	DIRECCION Cl 70B 113 47	TELEFONO 3203132797
CEDULA: 1.032.473.532	CORREO ELECTRÓNICO: darieth9507237@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Villa Dorado / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Posgrado / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R
N/R	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:
121. l/m	29 r/m	37. ºc	2 seg	ROSS

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.)	0,15 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,03 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	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero T.P. 9743 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: 1032473532

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 1.032.473.532
MARTINEZ CALDERON

APELLIDOS
DARIETH JHASIC

NOMBRES

Darieth Martinez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 23-JUL-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

05-AGO-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00913858-M-1032473532-20170621 0055873434A 1 9910041643

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.

Este documento presta mérito ejecutivo conforme a lo dispuesto en el artículo 130 de 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. 800.096.612-9 7048127092025 VANTI

¡Hola!

MARINA BARBOSA
CL 70B 113 47 03 - VILLA DORADO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007112-746904

Lote: P08GN **Ruta:** 0011670404190005200 **Código del Sector:** 366

Cuenta o referencia de pago 62638119

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



vanti Listo

Compra con tu cupo de crédito Vanti Listo lo que quieras.

Cupo hasta de
$8.000.000
en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.

Extracupo hasta de
$12.000.000
exclusivo para motos.

Sin trámites
Sin papeleo
Sin experiencia crediticia

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

éxito · Jumbo · ALKOSTO · KTRONIX · HOMECENTER

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

366 0011670404190005200 P08GN 96033 C1

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago: **62638119**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. **Pago oportuno** 28 Nov. 2025
2. **Fecha de suspensión** 29 Nov. 2025
3. **Periodo facturado** Oct. - Nov. 2025
4. **Emisión de tu factura** 14 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	5M3	3.116,58	0,00	15.582,90
MENOS SUBSIDIO (37%)	1UN	-5.799,96	0,00	-5.799,96
AJUSTE DECENA	1UN	4,65	0,00	4,65
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	42,41	0,00	42,41

1 — Total $9.830,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

Valor facturas vencidas

$0,00

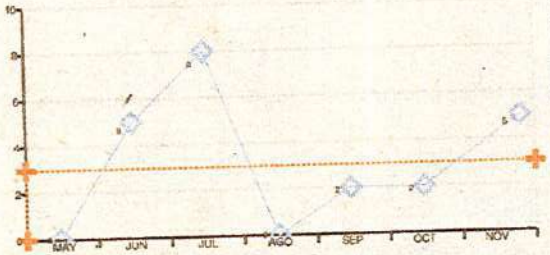
Total a pagar 1 + 2 + 3

$9.830,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat.Dos — Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
10 Oct. 2025	959	REAL
12 Nov. 2025	965	REAL

m³ corregido= 965 - 959 * Factor de corrección = 5

Tu próxima lectura será

Entre 07 y el 12 de Diciembre

Novedades de tu factura

CuVe $ 2741.69

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 Ene. 2027

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41395 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2742.

Ago. $2804 Sep. $2719 Oct. $2748

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

Componentes tarifarios

Gm: 1438.91 Tm: 632.88 Dm: 599.2 Cm: 0.0
Pi: 79.7 Cvm: 0.0 Cuim: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR 0.0

MJ/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 59 kWh y el precio unitario del kWh es: $165.813

Factor de corrección

Vm: 6 Kp: 0.76826 Kt: 1.00631 Ft: 0.7731
Vc: 5 Tm: 13.75 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.023 F² pv: 1.0

Factor de corrección: 0.7731

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPit: 100.0



(415)7709998026025(8020)62638119(3900)00000000009830

Somos grandes contribuyentes Resolución 000309 Diciembre 27 2004 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4650 del 17 Jul 1996 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764091126787 del 31/03/2025 Facturación electrónica desde N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses.

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

Alcaldía Local de Engativá

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

HC: 72	MICROCHIP: SI 900255003231687	FECHA: 29-11-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LUNA				COLOR: Garay	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA MESTIZO	EDAD 7M	PESO: 25 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: Brigitte Melisa Rojas Montesinos	DIRECCION Kr 120 A 73 A 19	TELEFONO 3133735865
CEDULA: 1116 545 276	CORREO ELECTRÓNICO: rojas.melisam@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Villas de Granada / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachillerato	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
NOV 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:

HALLAZGOS ENCONTRADOS:

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 117 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 37 °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	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,17 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquelectomía (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	Angela Marcela Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA	Valentina Alonso Forero 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 Ovariohistectomía/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:
Melisa Rojas M.	1116515216

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

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ CC

1.116.545.216

APELLIDOS / NOMBRES

ROJAS MONTESINOS

BRIGITTE MELISA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

09-AGO-2007

AGUAZUL - CASANARE

FECHA DE EXPEDICIÓN

11-AGO-2025

SEXO

FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN

AGUAZUL - AGUAZUL

OFICINA DE ENTREGA

AGUAZUL - AGUAZUL

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 15-FEB-2026

8516353774
11-AGO-2025

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

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: G2 RUTA: G22264

BIMESTRAL

12223225	13848908011
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado AGO/27/2025 - OCT/24/2025

Pago oportuno NOV/27/2025 Suspensión DIC/02/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/23/2026	NOV/13/2025 06:07:47	NOV/13/2025 10:08:35

¡Hola!

Factura a nombre de
ANA ISABEL ROJAS TORRES

Dirección del predio
KR 120A 73A 19 AP 101

Barrio: VILLAS DE 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 G2 MISURATORI **Tipo** VELG015R200
Serie 23-640939 **Diámetro pulgadas** ½

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

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

Llámanos 116 Acueducto 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.

aseo

Período facturado Aseo SEP/19/2025 - NOV/18/2025

El servicio de aseo se factura de forma bimestral

12223225	13848908011
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

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

Datos del usuario

Tipo de producto:	RESIDENCIAL			Estrato	2
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:	36.338,11	Costo variable no aprovechables	16.826,56
Valor base aprovechamiento	154.600,98		

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$72.892	Ajuste a la decena -delatio-	$5
Subsidio	$28.157-		

La tarifa incluye subsidio o aporte

Histórico de vigencias cobradas

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas		
0.0635	0.0380		
$38.254	$44.097	$40.727	61
3	2	1	Días liquidados

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000

Concepto	Valor
Subsidio (-)	40%
Aporte (+)	00%
Informativo - deuda total	Vigente que Aseo reporta a la DAN en el periodo actual
Valor Aseo	$43.740
Total ingresos del periodo	$43.740

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.

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

¡Hola!

Factura a nombre de
ANA ISABEL ROJAS TORRES

Dirección del predio
KR 120A 73A 19 AP 101

Barrio: VILLAS DE 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 G2 MISURATORI Tipo VELG015R200
Serie 23-640939 Diámetro pulgadas ½

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

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

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: G2 RUTA: G22264

BIMESTRAL

12223225
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

13848908011
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado AGO/27/2025 - OCT/24/2025

Pago oportuno NOV/27/2025 Suspensión DIC/02/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/23/2026	NOV/13/2025 06:07:47	NOV/13/2025 10:08:35

Período facturado Aseo SEP/19/2025 - NOV/18/2025

El servicio de aseo se factura de forma bimestral

12223225
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

13848908011
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

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

Datos del usuario

Tipo de producto:	RESIDENCIAL			Estrato	2
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:	36.338,11	Costo variable no aprovechables	16.826,56
Valor base aprovechamiento	154.600,98		

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$72.892	Ajuste a la decena -delatio-	$5
Subsidio	$28.157-		

La tarifa incluye subsidio o aporte

Históricos de vigencias cobradas

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas		
0.0635	0.0380		
$38.254	$44.097	$40.727	61
3	2	1	Días liquidados

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000

Concepto	Valor
Subsidio (-)	40%
Aporte (+)	00%
Informativo - deuda total	Vigente que Aseo reporta a la DAN en el periodo actual
Valor Aseo	$43.740
Total ingresos del periodo	$43.740

Denuncia en la Línea 116

Cualquiera de las siguientes situaciones, Así protegerás la disponibilidad de los servicios públicos:

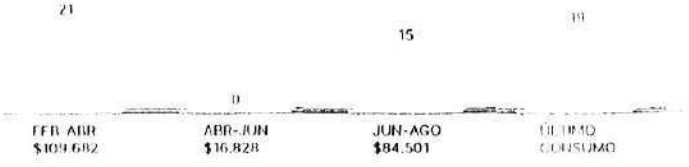
- Hurto o fallante de medidores, rejillas y tapas.
- Cajas o tapas levantadas o inexistentes.
- Manipulación de cajas, tapas, rejillas, medidores, alcantarillado.
- Cualquier otra actividad irregular que observes en la red de acueducto y alcantarillado.

Instrantes o centros de medición por parte de personal ajeno a la empresa.

El hurto relacionado de infraestructura afecta contra la disponibilidad para prestar el servicio de agua y alcantarillado. Evitar/reportar en el servicio

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue (m³)



En este periodo consumiste más agua que en el anterior

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

En este período *	Promedio al día
19.000	322

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	20	Facturado con	Alto consumo
Lectura anterior	1	Base promedio	
Tu consumo este período	19	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	G2 MISURATORI	Tipo	VELOCIMETRICO
Serie	23-6409839	Diámetro pulgadas	5/8

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
$54.400,68		$51.281,42		$26.954-		$43,740
A		B		C D E F		G

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

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

= **Total a pagar** $122.467

Escanea y paga virtual

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico) 604e6010dda95e07ea93326fa7f5fb6954246d27fc07f9c8ae96da5a69ecd0b7b3208747c751aef8e8542ed223aac77d

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant. *	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.770,97	-40	$7.817-	15.662,58	$11.724,94
Consumo residencial básico (m³)	19,00	$3.743,46	-40	$28.450-	12.246,08	$42.675,74
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$36.267-		$54.400,68

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.644,34	-40	$3.715-	$2.786,60	$5.573,68
Consumo residencial básico (m³)	19,00	$4.009,46	-40	$30.472-	$2.405,68	$45.707,74
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$34.187-		$51.281,42

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

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$17,86	$63,28
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$339	$1.202

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
Ajuste a la decena	$1-
D-ben. min. vital total	$26.953-
Subtotal	26.954-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE: Consulta direcciones y horarios de atención en www.bogota.gov.co/servicios/cades — En EAAB-ESP: Avenida Suba Calle 80, Avenida Boyacá, Bosa, Usaquén y CAD. Bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y CAD.

Aseo
Valor a pagar
$43.740

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)7707200489998(8020)136489080117(3900)0000000043740

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$78.727

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)7707200465271(8020)136489090112(3900)0000000078727

33280

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS — CONTROLA EL ACCESO, USO Y REGISTRO — 1-800-000-1918 ESP

Alcaldía Local de Engativá

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

HC: 73	MICROCHIP: 900255001994424		FECHA: 29-11-25.

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kiky			COLOR: calico
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 5M	PESO: 2 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO X _REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alix Marlen Guerrero Santos	DIRECCION: cl 65 N 113F-55	TELEFONO: 3102078336
CEDULA: 46455308	CORREO ELECTRÓNICO: alixmarlenguerreros@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Engativa / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Profesional / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NOV 2025	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: 25 OCT/25.	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: 25 OCT/25 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS:

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 74. l/m	F. RESPIRATORIA: 28. r/m	TEMPERATURA: 37. °c	TLLC 2' seg	MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,7 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	____ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,7 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,14 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,08 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO / TARJETA PROFESIONAL	Angela Maricela Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO / TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
ANGUERELOS	46.455.308

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 **46455308**

GUERRERO SANTOS
APELLIDOS

ALIX MARLEN
NOMBRES

A. MARLEN GUERRERO S.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **02-MAR-1983**

BELEN
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-MAY-2001 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-0707900-34094711-F-0046455308-20011127 **0341801330A** 01 107553456

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

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

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



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

Inscríbete aquí

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil tenerla,

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban, Credibanco, Bancolombia, BBVA, Scotiabank Colpatria, Banco AV Villas, Banco GNB Sudameris, Bancolombia, Banco Falabella, Banco Pichincha, Banco Caja Social, Nequi, Davivienda, Davivienda Daviplata, Cuenta Rapipago, 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 7048270820025 VANTI

¡Hola!

SAUL REYES
CL 65 113F 55 00001 - ENGATIVA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097106-181117

Lote: P12GN **Ruta:** 0011760068430005000 **Código del Sector:** 412

Cuenta o referencia de pago **62080647**

vanti Listo

Compra ahora, calentador a gas, nota y mucha más, y paga en cuotas a través de tu factura de gas.

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



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

vanti Listo



para dos personas todo incluido.

¿Cómo participar?

Realiza compras iguales o superiores a $2.000.000 en todas nuestras tiendas aliadas

Financia tu compra a 30 meses

Espera el gran sorteo:
1° sorteo: 23 de octubre – 15 viajes
2° sorteo: 11 de noviembre – 10 viajes

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

Autoriza Coljuegos

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla

412 0011760068430005000 94644 P12GN C1

Factura de gas

Octubre 2025

Cuenta o referencia de pago **62080647**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	5M3	3.095,72	0,00	15.478,60
MENOS SUBSIDIO (37%)	1UN	-5.727,08	0,00	-5.727,08
AJUSTE DECENA	1UN	-1,52	0,00	-1,52

Ok pago
02-NOV. 2025

1 — Total **$9.750,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

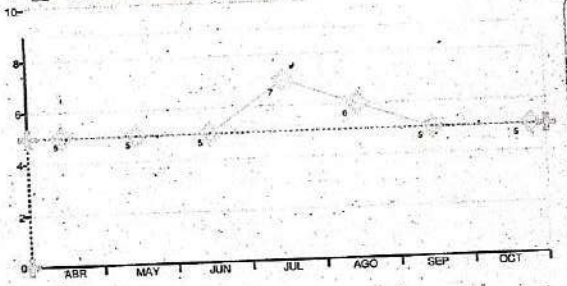
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$9.750,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat.Dos — Días de consumo: 34

Fecha	Lectura	Tipo
14 Sep. 2025	9824	REAL
17 Oct. 2025	9831	REAL

m³ corregido= 9831 - 9824 * Factor de corrección = 5

Tu próxima lectura será Entre 12 y el 17 de Noviembre

Novedades de tu factura

CuVa $ 2747.85.
Estimado cliente recuerde que tiene entre Sep/2025 y el 28/02/2026 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/03/2025 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

28 Feb. 2026

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del 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
Pp: 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: 59 kWh y el precio unitario del kWh es: $165.28

Factor de corrección

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

Factor de corrección: 0.77308

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)62080647(3900)00000000009750

Somos grandes contribuyentes Resolución Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales No. [illegible] de 1998. Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764091267067 del 31/03/2025. Facturación habilitada desde N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

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

Consejo Técnico de la Contaduría Pública S.A.S. TSC N° 190-121151-0

Factura No. E1SRR7168057

Alcaldía Local de Engativá

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

HC: 74	MICROCHIP: SI 900255001994430	FECHA: 29-11-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Fiona Muñoz			COLOR: Blanco/amarillo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 1A	PESO: 4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO__
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Fabiola Muñoz Guerrero	DIRECCION Cl 70 D Bis 173 A 12	TELEFONO 3028395999
CEDULA: 52.782 379	CORREO ELECTRÓNICO: mogollitamartha 26 @ gmail.com	
BARRIO O VEREDA La Riviera / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachillerato / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/A	Marzo/25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: 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:

HALLAZGOS ENCONTRADOS:

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 119 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 37. °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: ROSA

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACIÓN

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.)	0,28 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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

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

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
[illegible]	52182399 Bte!

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

NUMERO **52.182.399**

MUÑOZ GUERRERO
APELLIDOS

MARTHA FABIOLA
NOMBRES

Martha Muñoz
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-NOV-1974**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-DIC-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00886884-F-0052182399-20170302 0054032944G 1 9999112900

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

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: C2 RUTA: C22112

BIMESTRAL

11212572
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40791930619
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado AGO/13/2025 - OCT/10/2025

Pago oportuno NOV/14/2025

Suspensión NOV/20/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/10/2026	OCT/29/2025 05:57:03	OCT/29/2025 10:06:37

¡Hola!

Factura a nombre de
LUIS ANTONIO RINCON R

Dirección del predio
CL 70D BIS 113A 12

Barrio: LA RIVIERA **Localidad: ENGATIVA**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 3
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca G2 MISURATORI **Tipo** VELO015R200
Serie 24-699844 **Diámetro pulgadas** ½

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

En este periodo **consumiste 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. NIT. 830.830.834-0

aseo

Período facturado Aseo
SEP/01/2025 - OCT/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

11212572
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40791930619
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

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

Datos del usuario

Tipo de productor	RESIDENCIAL			Estrato	2
Und. Res. Ocupada:	4	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
145.278,92	67.306,24	154.680,98

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0026	0.0013	0.0000

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas
0.0635	0.0380

Histórico de Vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$181.367	$177.760	$169.573	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$292.009	Ajuste a la decena -debito-	$5
Subsidio	$116.804-		

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$175.210
Aporte (+)	00%	Total Ingresos del periodo	$175.210
Información - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la SIAV en el periodo actual	

Costo variable no aprovechables: Costo de tratamiento y disposición final de residuos no aprovechables.
Costo Fijo Total CFT: Costo de recolección, barrido y limpieza, limpieza urbana, corte de césped y poda de árboles ubicados en las vías y áreas públicas, transporte, tratamiento y disposición final de residuos no aprovechables.

Denuncia el hurto de tu línea
Denuncia en cualquiera de las siguientes situaciones. Así protegerás la disponibilidad de tus servicios públicos:

- El hurto o faltante de medidores, rejillas y tapas.
- Cajas o tapas levantadas o inexistentes.
- Manipulación de cajas, tapas, rejillas, medidores.
- Cualquier otra actividad irregular que observes en la red de acueducto y alcantarillado.

Bienes de uso público protegidos por la ley. Prohibida su apropiación o destrucción.

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 35 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
24.000	407

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	213	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	189	Base promedio	
Tu consumo este periodo	24	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	G2 MISURATORI	Tipo	VELO015R200
Serie	24-699844	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
$65.118,72		$62.793,90		$127.915-		$175.210
A		B		C D E F		G

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

Escanea y paga virtual

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

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

= **Total a pagar** $175.210

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 2a4c74ad086f78690a01df4a8508b39f00c2930f21d114802e0e649524c6b9236f0fb470dc0fec923ec64e6e4355b03a

Detalle de tu consumo este bimestre

	A Acueducto						B Alcantarillado					
	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.701,96	-40	$7.762-	$5.821,17	$11.641,92	2,00	$4.611,53	-40	$3.689-	$2.766,92	$5.534,06
Consumo residencial básico (m³)	24,00	$3.713,70	-40	$35.652-	$2.228,22	$53.476,80	24,00	$3.976,41	-40	$38.174-	$2.385,84	$57.259,84
Consumo residencial superior básico (m³)	,						,					
Cargo fijo no residencial (mes)	,						,					
Consumo no residencial (m³)	,						,					
Subtotal				$43.414-		$65.118,72				$41.863-		$62.793,90

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

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$17,43	$80,30
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$418	$1.447

1 El Mínimo Vital es el volumen de agua potable que se debe garantizar a cada suscriptor o usuario residencial de estrato 1 y 2 (Ley 142 de 1994).

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste crédito	$101.181-
I-ajuste a la decena	$5
D-ben. min. vital total	$26.739-
Subtotal	127.915-

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
$210.560-	
Subtotal	$210.560-

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE Consulta directa en nuestra página web www.pagala.com.co/servicios/cade — La EAAB-ESP también tiene convenios con los siguientes bancos: Popular, Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Corficolombiana, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Occ.

Aseo
Valor a pagar
$175.210

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 corresponde al valor de acueducto y cuál al valor de aseo.

(415)7707200489998(8020)4079193061921(3900)000000175210

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$0

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)4079193061981(3900)000000000000

26859

126224 62229 2/2

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1110100010 EAB-ESP

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

HC: 75	MICROCHIP: 900255001994196				FECHA: 29-11-25
ORIGEN : CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna				COLOR: Negro
ESPECIE: CANINO_FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA MESTIZO	EDAD 5M	PESO: 2.5 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO ____ MIXTO X OTRO _____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X _REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Viviana Reyes Ricaurte		DIRECCION Kr 94 g 87-14	TELEFONO 3102937688
CEDULA: 1014190279		CORREO ELECTRÓNICO: josedanyle@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA Quirigua	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/R	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa 18 Julio/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa 18 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: 117 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 37 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa	
OBSERVACIONES:					

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	____ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1. ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,17 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria ASC 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 dias 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:
Viviana Reyes	40141907 79.

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.014.190.279**

REYES RICAURTE

APELLIDOS

VIVIANA

NOMBRES

Viviana Reyes.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-NOV-1987**

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

21-FEB-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00621455-F-1014190279-20140910 0039940298A 2 1283016929

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

En convenio de recaudo con: vanti. Más formas de avanzar

CAPILLAS DE LA FE | COORSERPARK

AFILIATE



Consulta términos y condiciones en: www.coorserpark.com - www.capillasdelafe.com

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

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

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

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

» Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

CAFIVANAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 800.096.812-8 7048/27/08/2025 VANTI

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

VIVIANA REYES
KR 94G 87 14 - QUIRIGUA
BOGOTA

vanti. Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5157198-46927

Lote: P13GN **Ruta:** 0011460143700005010 **Código del Sector:** 347

Cuenta o referencia de pago **60618492**

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



vanti Listo

Compra con tu cupo de crédito Vanti Listo lo que quieras.
Cupo hasta de
$8.000.000
en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.
Extracupo hasta de
$12.000.000
exclusivo para motos.

Sin trámites · Sin papeleo · Sin atención al público

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

éxito · Alkosto · Ktronix · Homecenter

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Comercializadora S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasoriente S.A. ESP. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancario otorgado por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de la política de financiación consultala en grupovanti.com/vantilisto

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago: 60618492

BOGOTÁ

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 Pago oportuno	2 Fecha de suspensión	3 Periodo facturado	4 Emisión de tu factura
04 Dic. 2025	05 Dic. 2025	Oct. - Nov. 2025	21 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	39M3	2.741,69	0,00	106.925,91
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	3,20	0,00	3,20
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	10.347,00	0,00	10.347,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	110.748,90	0,00	110.748,90

1 – Total $232.205,01

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1,88 % V-Tecnología Vanti	1/48	77.004,99	110.748,90	77.004,99

2 – Total $77.004,99

3 – Valor facturas vencidas

$0,00

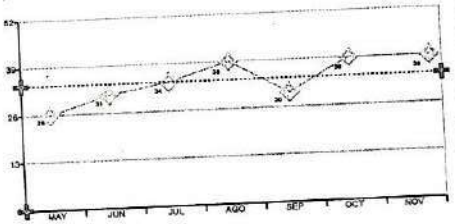
Total a pagar (1)+(2)+(3)

$309.210,0

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Tres | Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
17 Oct. 2025	2274	REAL
19 Nov. 2025	2325	REAL

m³ corregido= 2325 - 2274 * Factor de corrección = 39

Tu próxima lectura será Entre 13 y el 18 de Diciembre

Novedades de tu factura

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)60618492(3900)00000000309210

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Oct. 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 $2742.

Ago. $2804 Sep. $2719 Oct. $2748

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

Componentes tarifarios

Gm: 1438.91 Tm: 632.86 Dm: 599.2 Cm: 2741.69
Jt: 70.7 Cvm: 0.0 Cufm: 4180.0 Cuvm: 2741.69
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.612 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

MJ/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 461 kWh y el precio unitario del kWh es: $241.011

Factor de corrección

Vm: 51 Kp: 0.76865 Kt: 1.00627 Ft: 0.77347
Vc: 39 Tm: 13.76 Tc: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.0234 P pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77347

Indicadores de calidad

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



35468 C1 Factura No. F1586990470 9

Línea gratuita desde celular #523 OPCIÓN 1
Línea nacional gratuita fijo 01 8000 11 52 33 OPCIÓN 1
Call Center Bogotá (601) 317 5670 OPCIÓN 1
Línea de atención 24 horas, Bogotá (601) 345 0180

MÁS INFORMACIÓN

CAPILLAS DE LA FE

COORSERPARK
Con usted en los momentos difíciles

Síguenos

Somos grandes contribuyentes Resolución 000035 Diciembre 27/2024 Retenedores de IVA. Autorretenedores Res. 000012 del 31/01/2025 Actividad CIIU 4321 - 1999 Autorización de Numeración de Facturación No. 18764045137067 de fecha 2025/01/31 Facturación electrónica desde Nº 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NURC 3110010045. VANTI S.A. ESP. NIT: 800.007.813-5 - Régimen Fiscal Ordinario Y Tarifa renta régimen ejecutivo, Art 136 de la ley 142 de 1994
Gestión Tecnología y Servicios S.A.S. E.C.
NIT: 900.331.130-0

Alcaldía Local de Engativá

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

HC Número de Historia clínica: 76	MICROCHIP: 900255001994190		FECHA: 24-11-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pedniki ti				COLOR: Gris	
ESPECIE: CANINO_FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 8 M	PESO: 3.6 KG	MANEJO ESPECIAL: SI_NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI_____NO X			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____CONCENTRADO_____MIXTO X OTRO_____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diego Fernando Cañas Quiroz		DIRECCION Kr 94g - 87-14	TELEFONO 3102931688
CEDULA: 1016019781		CORREO ELECTRÓNICO: josedanyre@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA Quirigua	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller N.S/NR.	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO_RURAL_		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/R	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa 18 Julio /25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa	
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 18-Julio-25	

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS:

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	129	l/m	F. RESPIRATORIA:	28	r/m	TEMPERATURA:	31	ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	_____ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,15 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,14 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria T.P. 9745	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Diego C.	1016019781

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 **1.016.019.781**

CAÑAS QUIROZ

APELLIDOS

DIEGO FERNANDO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-MAR-1989**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-AGO-2007 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00991233-M-1016019781-20180329 **0060**581628A 1 9903787556

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

VIVIANA REYES
KR 94G 87 14 - QUIRIGUA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5157198-46927

Lote: P13GN **Ruta:** 0011460143700005010 **Código del Sector:** 347

Cuenta o referencia de pago 60618492

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:

P13GN 0011460143700005010 347 36468

vanti Listo

Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.
Cupo hasta de **$8'000.000**
en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.
Extracupo hasta de **$12'000.000**
exclusivo para motos.

Sin trámites · Sin papeleo · Sin apariencia de créditos

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

éxito · ALKOSTO · KTRONIX · HOMECENTER

Aplica para compras en Éxito S.A. ESP, Gas Natural Comercial S.A. ESP, Gases del Oriente S.A. ESP, Gases del Norte del Valle S.A. ESP, Gases del Caribe S.A. ESP, Gases de Occidente S.A. ESP, Vanti S.A. ESP y Vanti Listo. Los términos y condiciones de la promoción están disponibles en www.grupovanti.com/vantilisto. Aplica para clientes de la modalidad de prepago. Promoción válida hasta el 31 de diciembre de 2023 o hasta agotar existencias. Consulta términos y condiciones de la promoción en el punto de venta. Financiación sujeta a aprobación crediticia. Precios incluyen IVA. Imágenes de referencia. Vanti no se hace responsable por la información suministrada en el sitio web de terceros. Aplica para clientes residenciales y comerciales.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

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

Línea de WhatsApp 315 416 4164
Mi Vanti en línea
https://migrupovanti.com/

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

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

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

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

Inscríbete aquí

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

Tan fácil como pagar en Éxito

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Credibanco · Banco AV Villas · Banco Falabella · Banco Pichincha · Davivienda · Daviplata · Nequi · Scotiabank Colpatria · Bancolombia · BBVA · 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 7048/2708/2025 VANTI

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

Consulta términos y condiciones en: www.coorserpark.com - www.capillasdelafe.com

Está por terminar el año y aún estás a tiempo de cubrir a quienes amas con TRANQUILIDAD

PREVISIÓN EXEQUIAL

AFÍLIATE

2025

CAPILLAS DE LA FE
COORSERPARK

En convenio de recaudo con:
vanti
Más formas de avanzar

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago **60618492**

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
04 Dic. 2025	05 Dic. 2025	Oct. - Nov. 2025	21 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	39M3	2.741,69	0,00	106.925,91
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	3,20	0,00	3,20
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	10.347,00	0,00	10.347,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	110.748,90	0,00	110.748,90

1 – Total **$232.205,01**

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.88 % V-Tecnología Vanti	1/48	77.004,99	110.748,90	77.004,99

2 – Total **$77.004,99**

3 – Valor facturas vencidas

$0,00

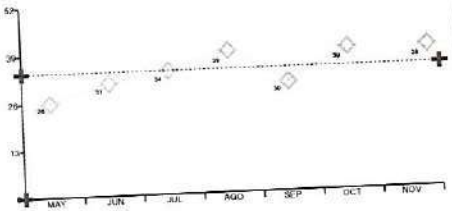
Total a pagar 1 + 2 + 3

$309.210,0

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Tres | Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
17 Oct. 2025	2274	REAL
19 Nov. 2025	2325	REAL

m³ corregido= 2325 - 2274 * Factor de corrección = 39

Tu próxima lectura será

Entre 13 y el 18 de Diciembre

Novedades de tu factura

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)60618492(3900)00000000309210

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Oct. 2029

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2742.

Ago. $2804 Sep. $2719 Oct. $2748

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

Componentes tarifarios

Gm: 1438.91	Tm: 632.88	Dm: 599.2	Cm: 2741.69		
Pr: 70.7	Cvm: 0.0	Cufm: 4180.0	Cuvm: 2741.69		
Ccm: 0.0	Fpcm: 42.512	DAUH: 0.0	DAUNH: 0.0		

MJ/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 461 kWh y el precio unitario del kWh es $941.011

Factor de corrección

Vm: 51	Kp: 0.76865	Kt: 1.00627	Ft: 0.77347		
Vc: 39	Tm: 13.76	Tc: 15.56	Pe: 1.01008		
Pa: 0.753	Pm: 0.0234	Pf pv: 1.0			

Factor de corrección: 0.77347

Indicadores de calidad

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





Factura No. F15B69904709 C1 35468

Línea gratuita desde celular #523 OPCIÓN 1

Línea nacional gratuita desde fijo 01 8000 11 52 33 OPCIÓN 1

Cali Center, Bogotá (601) 317 5670 OPCIÓN 1

Línea de atención 24 horas, Bogotá (601) 345 0188

MÁS INFORMACIÓN >

CAPILLAS DE LA FE

CORSERPARK
Con usted en los momentos difíciles

Síguenos

Las previsiones exequiales son ofrecidas y comercializadas por Corserpark S.A.S. Vanti S.A. ESP y sus filiales solo actúan como entidad recaudadora a través de la factura de servicio público de gas natural domiciliario.

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

HC: 77	MICROCHIP: SI 900255001994682	FECHA: 29-11-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sol			COLOR: Caley
ESPECIE: CANINO_FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 5M	PESO: 27 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: Lisbeth Valeria Velez Chirino	DIRECCION Kr 112 BIS #70C 65	TELEFONO 3134042778
CEDULA: 5174283	CORREO ELECTRÓNICO: lisbethibarra077221@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA La Riviera / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachillerato / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/R	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa 09/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X.

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS:

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 114 l/m	F. RESPIRATORIA: 21 r/m	TEMPERATURA: 37 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez C. Médica Veterinaria 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:
Lisbeth	PPT S174283

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
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 5174283

COL

VELEZ CHIRINO
APELLIDOS
LISBETH VALERIA
NOMBRES
VEN F
NACIONALIDAD SEXO
31452840
ONI Nro.
21-11-2004
FECHA DE NACIMIENTO
28-03-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



Lisbeth
FIRMA

VISIBLES

E0526870



INDICE DERECHO

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

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director general de Migración Colombia

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

IPCOL5174283<<8<<<<<<<<<<<<<<<
0411217F3105308VENE0526870<<<4
VELEZ<CHIRINO<<LISBETH<VALERIA

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: C2 RUTA: C22111C

BIMESTRAL

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

11311072
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42100255811
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado AGO/13/2025 - OCT/10/2025

Pago oportuno NOV/14/2025

Suspensión NOV/20/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/10/2026	OCT/29/2025 05:57:42	OCT/29/2025 10:13:08

¡Hola!

Factura a nombre de
SAUL GALVIS DIAZ

Dirección del predio
KR 112 BIS 70C 65 PI 1

Barrio: LA RIVIERA 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 11-1266547 Diámetro pulgadas ½

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

En este periodo **consumiste 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

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

aseo

Período facturado Aseo
SEP/01/2025 - OCT/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

11311072
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42100255811
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

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

Datos del usuario

Tipo de productor RESIDENCIAL Estrato 2
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
36.319,73	18.826,56	154.680,98

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas
0.0635	0.0380

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$45.342	$44.440	$42.393	61

La tarifa incluye subsidio o aporte

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$73.002	Ajuste a la decena -crédito-	$1-
Subsidio	$29.201-		

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$43.800
Aporte (+)	00%	Total Ingresos del periodo	$43.800
Información - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

Denuncia en la línea 116

cualquiera de las siguientes situaciones. Así protegerás la disponibilidad de tus servicios públicos:

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

consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 7m³

FEB-ABR	ABR-JUN	JUN-AGO	ÚLTIMO CONSUMO
7	7	8	8
$47.222	$48.414	$52.920	

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
8.000	136

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	1025	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1017	Base promedio	
Tu consumo este período	8	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	WATERTECH ITALIA	Tipo	VELO01ST2
Serie	11-1266547	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
$29.467,52	+	$24.620,34	+	$17.825-	+	$43.800
A		B		C D E F		G

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

Escanea y paga virtual

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

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

= **Total a pagar** $80.064

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): a07f5957f82c679bf5ccc8b5d747ae9cf7bcb3d86fc94a9e4b734e9c773fa89b4aef8ccf23ec3cdbb0b6b80754bbaf08

Detalle de tu consumo este bimestre

	A Acueducto Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)	B Alcantarillado Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.70[illegible],96	-40	$7.762-	$5.821,17	$11.641,92	2,00	$4.611,53	-40	$3.689-	$2.766,92	$5.534,06
Consumo residencial básico (m³)	8,00	$3.713,70	-40	$11.884-	$2.228,22	$17.825,60	8,00	$3.976,41	-40	$12.725-	$2.385,84	$19.086,28
Consumo residencial superior básico (m³)	,						,					
Cargo fijo no residencial (mes)	,						,					
Consumo no residencial (m³)	,						,					
Subtotal				$19.646-		$29.467,52				$16.414-		$24.620,34

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

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$17,43	$60,30
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$139	$482

El Mínimo Vital es un beneficio donde el hogar de estrato 1 recibe 12 m³ mensuales de agua potable y 12 m³ mensuales de alcantarillado sin costo. Aplica para los estratos 1, 2 y 3. (Ley 142 de 1994)

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$1
D-ben. min. vital total	$17.826-
Subtotal	17.825-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE Consulta direcciones y horarios actualizados en www.pagacadebogota.com/canales/cade

La EAAB-ESP no tiene convenios con las siguientes marcas: Popular, Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Citi.

Aseo
Valor a pagar
$43.800

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)421002555112(3900)000000043800

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$36.264

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 uncorresponsal bancario).

(415)7707200485271(8020)421002558110(3900)000000036264

26167

124830 615.7 2/2

DOMICILIARIOS N.O. UNICO DE REGISTRO 1100100010 EAB-ESP
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

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

FC: 78 | MICROCHIP: 900255001994683 | FECHA: 29-11-25.

ORIGEN : CES | PROTECCIÓN X | CALLE | ASENTAMIENTO | HABITANTE DE CALLE | COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Freya

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA: Mestizo | EDAD: 7 M | COLOR: | PESO: 2.8 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO___ MIXTO X OTRO_____

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO X___COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO_____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Marcela Parra Rodriguez | DIRECCION: Cl 77 N° 122-03 | TELEFONO: 3742444395

CEDULA: 52.475838 | CORREO ELECTRÓNICO: Parrarodriguezdianamarcela@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Villas de Alcala | ESTRATO: 0 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Tecnologo | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: N/R | ULT. DESPARASITACIÓN: N/R | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

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

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

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: 129 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 37 ºc | TLLC 2' seg | MUCOSAS: Nor.

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.)	0,2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,11 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anastesiólogo), 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: Juana Lara	Nro de Identificación: 52475.838 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:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 52.475.838

Apellidos
PARRA RODRIGUEZ

Nombres
DIANA MARCELA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.55

Sexo
F

Fecha de nacimiento
03 FEB 1978

G.S
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
11 MAR 1996, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
25 AGO 2032



.CO

0031211 33

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0031211336150O1<<<<<<<<<<
7802030F3208254COL52475838<<<3
PARRA<RODRIGUEZ<<DIANA<MARCELA

enel Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **3475360-1**

107151

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

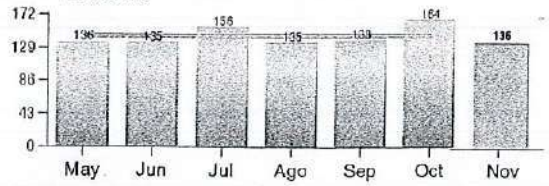
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 372542872-4

CLIENTE

JULIO CESAR NEMOGA ALVAREZ
CL 77 NO 122 03
CASA 23C
BOGOTA, D.C. - VILLAS DE ALCALA.

04 502 9246 / 25565461

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $818,83

CONSUMO DIARIO: 4,53 kWh

VALOR DIARIO: $4.454

PERIODO FACTURADO: 01 OCT/2025 A 30 OCT/2025

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 136 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 144 kWh

¡Este mes tuvimos acceso 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 PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000
EN EFECTIVO

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

Encuéntralos escaneando el código.

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

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

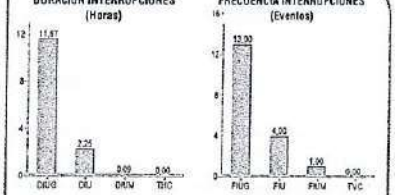
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA KW:	5,26
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005045029246
RUTA LECTURA:	35045040280
MANZANA DE LECTURA:	MSSF564774
MEDIDOR NO:	25565461
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 25461TR1 GRUPO: 11 RC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,02
PERIODO: 2025/09 DC: 258,44 CF: 128,80000 MC: 0,00 MF: 1,00 %E: 0,20

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

CONTÁCTANOS

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

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE
Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

EMERGENCIAS
115 Gratuito las 24 horas.

DENUNCIAS
601 5140055
denuncias@enel.com

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

¿COMO 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 · Efecty · Reval · MOVIRED

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel Únicamente Chía, Girardot y Facatativá

Almacenes de Cadena
Jumbo · Metro

Código QR

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: SEP/2025
G: $294,58 T: $51,65 D: $305,19 CV: $77,00 PR: $59,90 R: $30,50 CF: $0,00 / $818,83 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: RL21-75461TR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

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

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

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG15/911 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 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. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en:
www.enelxstore.com/co/es sección "Comparto mi energía"
Aporte sugerido: $13.363

FECHA GENERACIÓN: 06/11/2025 01:17:24
FECHA EXPEDICIÓN: 06/11/2025 15:09:11

CUDE: a9caf98d783e583550a2cc3b40bd292d3d0010299e8d5facf19028a474cc347e7d3861fdc94eb834740b792eec079215

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

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicacion SAS NIT 800.086.312-8.

4.825 - Página 1 de 2

107151

Alcaldía Local de Engativá

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

HC: 79	MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231698		FECHA: 29-11-2025
ORIGEN : CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Keyla Camacho				COLOR: Calico	
ESPECIE: CANINO___ FELINO__X	SEXO: HEMBRA__X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 14 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__X__COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Edith Aguillon Duarte		DIRECCION Kr 116 D 70B 16	TELEFONO 3124609408
CEDULA: 39756224		CORREO ELECTRÓNICO: camevojuan050@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: La Riviera	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller		TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Activo	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: NR	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: 139 l/m	F. RESPIRATORIA: 29. r/m	TEMPERATURA: 37. °c	TLLC 2' seg	MUCOSAS: Rosa	
OBSERVACIONES:					

7. MEDICACIÓN

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.)	0,12 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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

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

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Sandra Aguilon	39756294

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 **39.756.224**

AGUILLON DUARTE

APELLIDOS

SANDRA EDITH

NOMBRES

Sandra Edith Aguillon

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-MAY-1970**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-ABR-1989 FONTIBON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00664927-F-0039756224-20150208 **00426**98999A 2 1113240282

cualquiera de las siguientes situaciones. Así protegerás la disponibilidad de tus servicios públicos:

- El hurto o faltante de medidores, rejillas y tapas.
- Cajas o tapas levantadas o inexistentes.
- Manipulación de cajas, tapas, rejillas, medidores, alcantarillado.

- Hidrantes o centros de medición por parte de personal ajeno a la empresa.
- Cualquier otra actividad irregular que observes en la red de acueducto y alcantarillado.

aseo

Período facturado Aseo
SEP/01/2025 - OCT/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato
12552817
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos
41431709918
Número de esta factura de servicios públicos

Datos del usuario
Tipo de producto: RESIDENCIAL
Und. Res. Ocupada: 1 | Und. No Res. Ocupada: 0 | Estrato: 2
Und. Res. Desocupada: 000 | Und. No Res. Desocupada: 000 | Densidad: 0.000
Frecuencia Barrido: 03 | Frecuencia Recolección: 03 | Volumen: 0.00
%Participación 0.000%
Horario de Atención: KR 69 No. 80-27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT	Costo variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
36.319,73	16.826,56	154.680,98

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$43.800
Aporte (+)	00%	Total facturado	$43.800
Informativo - deuda total		Vigente desde 2025/10/01	

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$73.002	Interés mora	$2
Subsidio	$29.201-	Ajuste a la decena -credito-	$3-

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000

Efectivamente aprovechables: 0.0635 | Residuos no aprovechables: 0.0380 | Aforadas - no aforadas: 0.0000

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$45.342	$44.440	$42.393	61

La tarifa incluye subsidio o aporte

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

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: C2 RUTA: C22106

BIMESTRAL

12552817
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

41431709918
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado AGO/13/2025 - OCT/10/2025

Pago oportuno NOV/14/2025

Suspensión NOV/20/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/10/2026	OCT/29/2025 06:00:37	OCT/29/2025 09:47:56

¡Hola!

Factura a nombre de
MISAEL REYES MARTINEZ

Dirección del predio
KR 116D 70B 16 PI 2

Barrio: **LA RIVIERA** 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 BAYLAN
Serie 13777953
Tipo VELO015R160
Diámetro pulgadas ½

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

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

Llámenos 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.

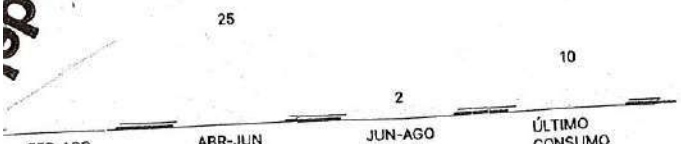
cadena.

21499

115367 5687:

en este período

anteriores tu promedio de consumo fue 17 m³



En este periodo consumiste más agua que en el anterior

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

En este período 10.000

Promedio al día 169

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	308	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	298	Base promedio	
Tu consumo este período	10	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	BAYLAN	Tipo	VELO015R160
Serie	13777953	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 $33.923,92 (A) + Alcantarillado $29.392,16 (B) + Otros cobros $22.278- (C D E F) + Aseo $43.800 (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 $84.838

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

= Total a pagar

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): ebdc45274e1cfc870e56175197681e0f241b2331d1e18ccf9645840a59bca5bfb481b2be50627f3f03a82ecaae27830f

Detalle de tu consumo este bimestre

	A. Acueducto Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)	B. Alcantarillado Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.701,96	-40	$7.762-	$5.821,17	$11.641,92	2,00	$4.611,53	-40	$3.689-	$2.766,92	$5.534,06
Consumo residencial básico (m³)	10,00	$3.713,70	-40	$14.855-	$2.228,22	$22.282,00	10,00	$3.976,41	-40	$15.906-	$2.385,84	$23.858,10
Consumo residencial superior básico (m³)	,						,					
Cargo fijo no residencial (mes)	,						,					
Consumo no residencial (m³)	,			$22.617-		$33.923,92	,			$19.595-		$29.392,16
Subtotal												

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

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$17,43	$60,30
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$174	$603

El Mínimo Vital es un subsidio que otorga el Distrito de Bogotá para garantizar el acceso al agua potable a todos los habitantes de la ciudad. Para más información sobre el Mínimo Vital, consulta nuestra página web.

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$4
D-ben. mín. vital total	$22.282-
Subtotal	22.278-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE Consulta direcciones y horarios de atención en: www.pagaconlaspersonasclasificados. La EAAB ESP no tiene convenios con estos puntos bancos. Popular, Occidente, Av Villas, Bogotá, Sudameris y Otr

Aseo
Valor a pagar
$43.800

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)414317099187(3900)000000043800

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$41.038

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)414317099186(3900)000000041038

115368 56672 2/2

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO - 1100000 10 EAB ESP

Alcaldía Local de Engativá

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

HC: 80	MICROCHIP: 900255003231693	FECHA: 29-11-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna			COLOR: Blanco Negro	
ESPECIE: CANINO___ FELINO__X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 1	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____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO Nacido en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jeidy Yulieth Zamora Prieto	DIRECCION Kr 112A 70A 35	TELEFONO 3229398099
CEDULA: 1070329730	CORREO ELECTRÓNICO: leyuzapri.919@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Villa Dorado / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO_X_RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Oct/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: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa Agosto/25

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI____NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS:

HALLAZGOS ENCONTRADOS:

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 119 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 37 °c	TLLC 2' seg	MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	____ml.	5-7mg/kg IV
	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	0,2 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 ASC T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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: 1070329730

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 **1.070.329.730**

ZAMORA PRIETO
APELLIDOS

LEIDY YULIETH
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-NOV-1993**
EL COLEGIO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-ENE-2012 EL COLEGIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00587120-F-1070329730-20140609 0038980522A 1 1892918955

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

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban, Credibanco, Bancolombia, BBVA, Scotiabank Colpatria, Banco AV Villas, Banco GNB Sudameris, Bancolombia, Banco Falabella, Banco Pichincha, Banco Caja Social, Nequi, Davivienda, Davivienda Daviplata, Pagos PSE, 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. 800.095.812-8 7048Z7082025 VANTI

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

¡Hola!

MARIA RUTH REYES
KR 112A 70A 35 02 - VILLA DORADO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077101-1009644

Lote: P08GN **Ruta:** 0011670361880005100 **Código del Sector:** 366

Cuenta o referencia de pago **61520192**

vanti Listo

Compra televisor, calentador a gas, lavadora, nevera, moto y paga a cuotas a través de tu factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.800.000



vanti Listo

Compra con tu cupo de crédito Vanti Listo lo que quieras.

Cupo hasta de $8.000.000

en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.

Extracupo hasta de $12.000.000

exclusivo para motos.

Sin trámites
Sin papeleo
Sin experiencia crediticia

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

Éxito, Jumbo, Alkosto, Kitronix, Homecenter

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnazar S.A. ESP. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación en bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de la política de financiación; consúltala en grupovanti.com/vantilista.

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.

366 0011670361880005100 P08GN

...de gas | Noviembre 2025

...o referencia de pago | 61520192

BOGOTÁ

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 Nov. 2025	29 Nov. 2025	Oct. - Nov. 2025	14 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	12M3	2.741,69	0,00	32.900,28
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	3.116,58	0,00	62.331,60
MENOS SUBSIDIO (37%)	1UN	-23.199,82	0,00	-23.199,82
AJUSTE DECENA	1UN	-4,06	0,00	-4,06
RECAUDO TERCEROS Póliza Hogar SBS	0	3.642,00	0,00	3.642,00

1 — Total $75.670,00

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

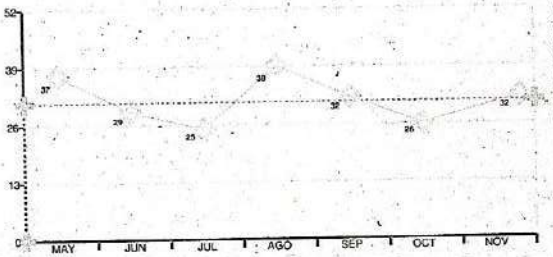
Total a pagar 1 + 2 + 3

$75.670,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Dos | Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
10 Oct. 2025	7858	REAL
12 Nov. 2025	7900	REAL

m³ corregido= 7900 - 7858 * Factor de corrección = 32

Tu próxima lectura será

Entre 07 y el 12 de Diciembre

Novedades de tu factura

CuVa $ 2741.69

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Mar. 2028

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2742.

Ago. $2804 Sep. $2719 Oct. $2748

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

Componentes tarifarios

Gm:1438.91 Tm: 632.88 Dm: 599.2 Cm: 0.0
Jp: 70.7 Cvm: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Com: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjm³Tu consumo en m³ de gas equivale: 378 kWh y el precio unitario del kWh es: $190.561

Factor de corrección

Vm: 42 Kp: 0.76826 Kt: 1.00631 Pt: 0.7731
Vc: 32 Tm: 13.75 Tc: 15.56 Pe: 1.01008
Po: 0.753 Pm: 0.023 Fpv: 1.0
Factor de corrección: 0.7731

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)61520192(3900)00000000075670

Factura No. F15B0169972

Resolución No. 4959 del 17-Jul-1998 Autorización de numeración de facturación No. 310000000001 hasta 1000000000 con vigencia de 24 meses 31/03/2025. Facturación electrónica desde Nº 5000000011

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios - Vanti S.A. ESP. NIT: 900.007.813-5 - Revisor fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994

Consejal Tecnología y Servicios S.A.S. BIC NIT 830.231.151-0

Alcaldía Local de Engativá

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
81	900255003231699	29-11-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Popocha				COLOR: Amarillo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 8 M	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___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO Nacido en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jairy Aned Murillo Paternina	DIRECCION Kr 111c 67 21	TELEFONO 3108103842
CEDULA: 52917095	CORREO ELECTRÓNICO: jairymurillo1989@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Villa Dorado / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
NR	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: 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:
71 l/m	24 r/m	37 °c	3 seg	Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,22 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. Médica Veterinaria MSc T.P. 9745	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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:
Jairy Murillo Paternina	1 52 917 095

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 52.917.095
Apellidos
MURILLO PATERNINA
Nombres
JAIRY ANED
Nacionalidad
COL
Estatura
1.48
Sexo
F
Fecha de nacimiento
19 DIC 1984
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
SINCELEJO (SUCRE)
Fecha y lugar de expedición
18 FEB 2003, BOGOTA D.C.
Fecha de expiración
18 FEB 2033
Firma
Jairy Murillo Paternina


.CO
015495804
REGISTRADOR NAC.CNAL
Alvaro Vega Rocha
ICCOL015495804815001<<<<<<<<<<
8412195F3302163COL52917095<<<3
MURILLO<PATERNINA<<JAIRY<ANED<

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

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

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Red Cade · 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.

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.055.812-8 7048270803026 VANTI

¡Hola!

OMAR QUIROGA
KR 111C 67 21 04 - VILLA DORADO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077103-326730

Lote: P13GN **Ruta:** 0011670389340005300 **Código del Sector:** 366

Cuenta o referencia de pago **61522079**

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti Listo



Sin trámites
Sin papeleo
Sin experiencia crediticia

Compra con tu cupo de crédito Vanti Listo lo que quieras.

Cupo hasta de $8.000.000 en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.

Extracupo hasta de $12.000.000 exclusivo para motos.

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

Éxito · Alkosto · Ktronix · Homecenter

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

366 0011670389340005300 P13GN

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago **61522079**

BOGOTÁ

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
04 Dic. 2025	05 Dic. 2025	Oct. - Nov. 2025	21 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	37M3	2.741,69	0,00	101.442,53
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	3.116,58	0,00	62.331,60
MENOS SUBSIDIO (37%)	1UN	-23.199,82	0,00	-23.199,82
AJUSTE DECENA	1UN	-4,31	0,00	-4,31
Vanti Max	1UN	11.924,37	2.265,63	14.190,00

1 — Total $154.760,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

3 — Valor facturas vencidas

$0,00

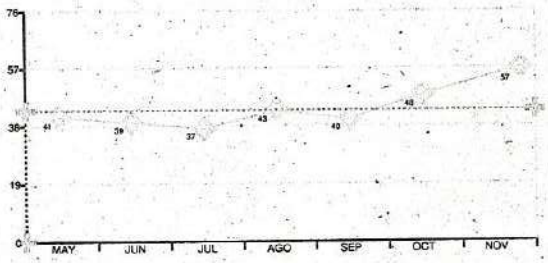
Total a pagar 1 + 2 + 3

$154.760,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Dos Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
17 Oct. 2025	16580	REAL
19 Nov. 2025	16654	REAL

m^3 corregido= 16654 - 16580 * Factor de corrección = 57

Tu próxima lectura será **Entre 13 y el 18 de Diciembre**

Novedades de tu factura

CuVa $ 2741.69

Apreciado usuario, informamos que realizamos un análisis del consumo registrado en su medidor para este mes acorde con lo establecido en la Res. CREG 105 007 del 2024, por lo que se procedió a confirmar el valor del consumo en esta factura. Si tiene dudas contáctenos en cualquiera de nuestros canales de atención.

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 Jul. 2027

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m^3 de gas este mes es de $2742.

Ago. $2804 Sep. $2719 Oct. $2748

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

Componentes tarifarios

Gm: 1438.91 Tm: 632.88 Dm: 599.2 Cm: 0.0
Pc: 70.7 Cvm: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjm³ Tu consumo en m^3 de gas equivale: 673 kWh y el precio unitario del kWh es: $208.877

Factor de corrección

Vm: 74 Kp: 0.76865 Kt: 1.00627 Fc: 0.77347
Vc: 57 Tm: 13.76 Tc: 15.56 Pa: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.0234 Fpv: 1.0
Factor de corrección: 0.77347

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)61522079(3900)00000000154760

Factura No. F15B69993961

2de3de971cd189b3/e8ae/282b9d53b063be74c923a70168c944c854ae1686b36fa9f014a9ebcf73717d25c165037ba1d3

De la ley 142 de 1994
Concepto Tecnología y Servicios S.A.S. ESP
NIT 900 331 151 0

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

Expiry-Date:2030/09/02

HC	MICROCHIP:	FECHA:
82	900255003231168	29-11-25

ORIGEN: CES X PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Balu			COLOR: Calico
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 6 M	PESO: 2,7 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO X REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Valeria Muñoz Guerrero	DIRECCION Cl 70D Bis 113A 12	TELEFONO 3103051865
CEDULA: 1000339323	CORREO ELECTRÓNICO: valeg-0821@gmail.com	
BARRIO O VEREDA La Riviera	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
NR	NR	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 19/Nov/25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS:

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116. l/m	F. RESPIRATORIA: 24. r/m	TEMPERATURA: 37. ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rox.

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.)	0,2 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. 9713	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Ferrer 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:
Valeria Munoz Guerrero	1000334323

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:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

Nombre del Responsable Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.000.339.323**

MUÑOZ GUERRERO

APELLIDOS

VALERIA

NOMBRES

Valeria Muñoz

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-AGO-2002**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**O-**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-NOV-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01185022-F-1000339323-20201203 **0072697447A 1** 8501078666

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Responsabilidades frente del impuesto sobre Contribuyente, Autorretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: C2 RUTA: C22112 BIMESTRAL

11212572	40791930619
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado AGO/13/2025 - OCT/10/2025

Pago oportuno NOV/14/2025 Suspensión NOV/20/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/10/2026	OCT/29/2025 05:57:03	OCT/29/2025 10:06:37

¡Hola!

Factura a nombre de
LUIS ANTONIO RINCON R

Dirección del predio
CL 70D BIS 113A 12

Barrio: LA RIVIERA **Localidad:** ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 3
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca G2 MISURATORI **Tipo** VELO015R200
Serie 24-699844 **Diámetro pulgadas** ½

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

En este periodo **consumiste 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. Nit. 830.059.534-0

---

aseo

Período facturado Aseo
SEP/01/2025 - OCT/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

11212572	40791930619
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

KR 69 No. 80-27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
Horario de Atención
BOGOTÁ 901144413-9

Datos del usuario

Tipo de productor	RESIDENCIAL			Estrato	2
Und. Res. Ocupada:	4	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
145.278,92	67.306,24	154.680,98

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$282.009	Ajuste a la decena -debito-	$5
Subsidio	$116.804-		

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$175.210
Aporte (+)	00%	Total Ingresos del periodo	$175.210
Informativo - deuda total		Ingreso sin Aseo rapido 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**	
0.0635	0.0380	

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$181.367	$177.760	$169.573	61

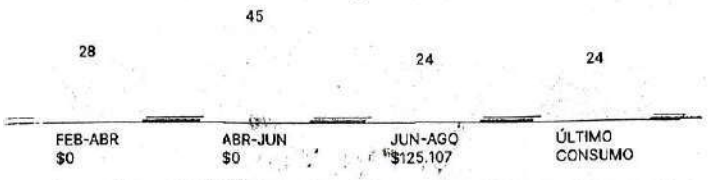
La tarifa incluye subsidio o aporte*

¡Recuerda! Denuncia en la línea 116 cualquiera de las siguientes situaciones. Así protegerás la disponibilidad de tus servicios públicos:

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

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue **35 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
24.000	407

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	213	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	189	Base promedio	
Tu consumo este período	24	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	G2 MISURATORI	Tipo	VELO015R200
Serie	24-699844	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
$65.118,72		$62.793,90		$127.915-		$175.210
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 periodo
Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el periodo actual

= **Total a pagar** $175.210

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 2a4c74ad086f78690a01df4a8508b39f00c2930f21d114802e0e649524c6b9236f0fb470dc0fec923ec64e6e4355b03a

Detalle de tu consumo este bimestre

	A Acueducto Cant.	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	−	Total (Tarifa x Cant.)	B Alcantarillado Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	−	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.701,95		-40		$7.762-	$5.821,17		$11.641,92	2,00		$4.811,53		-40		$3.689-	$2.766,92		$5.534,06
Consumo residencial básico (m³)	24,00	$3.713,70		-40		$35.652-	$2.228,22		$53.476,80	24,00		$3.978,41		-40		$38.174-	$2.385,84		$57.259,84
Consumo residencial superior básico (m³)	.									.									
Cargo fijo no residencial (mes)	.									.									
Consumo no residencial (m³)	.									.									
Subtotal						$43.414-			$65.118,72							$41.863-			$82.793,90

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

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$17,43	$60,30
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$418	$1.447

El Mínimo Vital es un beneficio otorgado a los estratos de Bogotá bajo un criterio de consumo básico, el mismo que es de 12m³ por cada periodo facturado, aplicado para usuarios de los estratos 1, 2 y 3. (Ley 142 de 1994)

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste crédito	$101.181-
I-ajuste a la decena	$5
D-ben. min. vital total	$26.739-
Subtotal	127.915-

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
$210.560-	
Subtotal	$210.560-

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE Consulta direcciones y horarios de atención en www.tupagalo.com/canales/cades

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

Aseo
Valor a pagar
$175.210

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)4079193061 92(3900)000000175210

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$0

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)4079193061 98(3900)000000000000

26859

126224 62229 2/2

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

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

HC: 83	MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231169		FECHA: 29-11-25

ORIGEN : CES X PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sombra			COLOR: Gris
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 10 M	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____REGALADO X PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: María Eunice Gil Gutierrez	DIRECCION: Kr 111C 70G 12	TELEFONO: 3152366746
CEDULA: 20490244	CORREO ELECTRÓNICO: mariagil630gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Villa Dorada	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: NR	ULT. DESPARASITACIÓN: NR	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:	118	l/m	F. RESPIRATORIA:	28	r/m	TEMPERATURA:	37.6 °c	TLLC 3 seg	MUCOSAS: Rosa.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	____ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	____ml.	5-7mg/kg IV
		____ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	____ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,12 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,11 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO: Angela Marcela Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036		FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: 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:
María E Gil G.	20490244

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:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.490.244**
GIL GUTIERREZ

APELLIDOS
MARIA EUNICE

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **25-DIC-1953**
CHOCONTA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-JUN-1975 CHOCONTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00548837-F-0020490244-20140222 0037314742A 1 1282764703

Si requiere información sobre los puntos de pago y canales de atención, en caso de que se niegue el acceso al medidor o en la instalación interna y de artefactos de consumo. Como consumidor puedes presentar un recurso de reposición ante la empresa y de apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil como:

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

Davivienda, Davi plata, Nequi, dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

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

¡Hola!

MARIA EUNICA GIL
KR 111C 70G 12 00001 - VILLA DORADO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097103-3971

Lote: P08GN **Ruta:** 0011670366130005000 **Código del Sector:** 366

Cuenta o referencia de pago **61390469**

vanti Vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



vanti Vanti Listo

Compra con tu cupo de crédito Vanti Listo lo que quieras.

Cupo hasta de
$8.000.000*
en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.

Extracupo hasta de
$12.000.000*
exclusivo para motos.

Sin trámites
Sin papeleo
Sin experiencia crediticia

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

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

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.

366
0011670366130005000
P08GN

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago **61390469**

BOGOTÁ

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 Nov. 2025	29 Nov. 2025	Oct. - Nov. 2025	14 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C

1 — Total $0,00

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

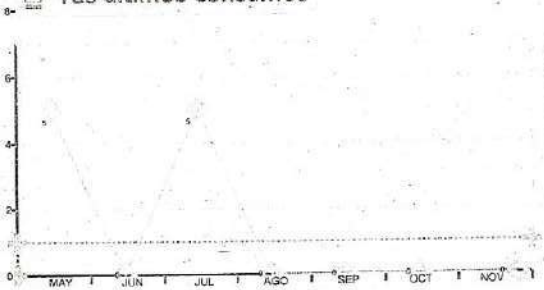
Total a pagar 1 + 2 + 3

$0,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Dos | Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
10 Oct. 2025	3836	ESTIMADO
12 Nov. 2025	3836	REAL

m³ corregido= 3836 - 3836 * Factor de corrección = 0

Tu próxima lectura será

Entre 07 y el 12 de Diciembre

Novedades de tu factura

CuVa $ 2741.69

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 Jul. 2029

La revisión de la instalación interiores 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 $2742.

Ago. $2804 Sep. $2719 Oct. $2748

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

Componentes tarifarios

Gm: 1438.91 Tm: 632.88 Dm: 599.2 Cm: 0.0
Jt: 70.7 Cvm: 0.0 Cvfm: 0.0 Cvvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

M/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 0 kWh y el precio unitario del kWh es: $0.0

Factor de corrección

Vm: 0 Kp: 0.76826 Kt: 1.00631 Pt: 0.7731
Vc: 0 Tm: 13.75 Tc: 15.56 Pc: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.023 F pv: 1.0
Factor de corrección: 0.7731

Indicadores de calidad

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





(415)7709998026025(8020)61390469(3900)00000000000000

93937 C1 Factura No. F15B69206936

GUFE=8a2dd58ae6f89eba71e5cfca7801823241bb2d9fa166f8747a7c0e899ed9061957d441161740aa86c0df7c02ea34

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

Expiry-Date:2030/09/02

HC	MICROCHIP:	FECHA:
84	900255003231164	29-11-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kitty			COLOR: Blanco Negro	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 3 A	PESO: 3,8 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO ✓		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
Valeria Muñoz Guerrero	Cl 700 Bis 113A 12	3103051865
CEDULA: 1000339323	CORREO ELECTRÓNICO: valeg_0821@gmail.com	
BARRIO O VEREDA La Riviera	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
NR	NR	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: 17/NOV/25

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI____NO__/__ SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 119 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 37.6 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	____ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,27 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Angela Marcela Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Veterinaria Mónica 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:
Valeria Muñoz Guerrero	1000339323

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:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.000.339.323**

MUÑOZ GUERRERO

APELLIDOS

VALERIA

NOMBRES

Valeria Muñoz

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-AGO-2002**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA

O- G.S. RH

F SEXO

28-NOV-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01185022-F-1000339323-20201203 0072697447A 1 8501078666

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Responsabilidades frente del servicio: Gran Contribuyente, Autorretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: C2 RUTA: C22112 BIMESTRAL

11212572
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40791930619
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado AGO/13/2025 - OCT/10/2025

Pago oportuno NOV/14/2025 Suspensión NOV/20/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/10/2026	OCT/29/2025 05:57:03	OCT/29/2025 10:06:37

¡Hola!

Factura a nombre de
LUIS ANTONIO RINCON R

Dirección del predio
CL 70D BIS 113A 12

Barrio: LA RIVIERA **Localidad:** ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 3
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca G2 MISURATORI **Tipo** VELO015R200
Serie 24-699844 **Diámetro pulgadas** ½

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

En este periodo **consumiste 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. NIT. 800.030.634-0 • [illegible]

---

aseo

Período facturado Aseo
SEP/01/2025 - OCT/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato
11212572
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos
40791930619
Número de esta factura de servicios públicos

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	2
Und. Res. Ocupadas:	4	Und. No Res. Ocupadas:	0	Densidad	0.000
Und. Res. Desocupadas:	000	Und. No Res. Desocupadas:	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	
145.278,92	67.306,24	154.680,98	

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000
Efectivamente aprovechables	**Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas**	
0.0635	0.0380	

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$181.367	$177.760	$169.573	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$292.009	Ajuste a la decena -debito-	$5
Subsidio	$116.804-		

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$175.210
Aporte (+)	00%	Total Aseo del periodo	$175.210
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo recibirá a la UAA en el periodo actual	

Denuncia en la línea 116

cualquiera de las siguientes situaciones. Así protegerás la disponibilidad de tus servicios públicos:

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

BOGOTÁ

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue **35 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
24.000	407

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	213	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	189	Base promedio	
Tu consumo este período	24	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	G2 MISURATORI	Tipo	VELO015R200
Serie	24-699844	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
$65.118,72		$62.793,90		$127.915-		$175.210
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** $175.210

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 2a4c74ad086f78690a01df4a8508b39f00c2930f21d114802e0e649524c6b9236f0fb470dc0fec923ec64e6e4355b03a

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	–	Valor	Tarifa***	–	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$9.701,86		-40		$7.762-	$5.821,17		$11.641,92
Consumo residencial básico (m³)	24,00		$3.713,70		-40		$35.652-	$2.228,22		$53.476,80
Consumo residencial superior básico (m³)	,									
Cargo fijo no residencial (mes)	,									
Consumo no residencial (m³)	,									
Subtotal							$43.414-			$65.118,72

B Alcantarillado

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	–	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$4.611,53		-40		$3.689-	$2.766,92		$5.534,06
Consumo residencial básico (m³)	24,00		$3.976,41		-40		$38.174-	$2.385,84		$57.259,84
Consumo residencial superior básico (m³)	,									
Cargo fijo no residencial (mes)	,									
Consumo no residencial (m³)	,									
Subtotal							$41.863-			$62.793,90

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

Tasas ambientales

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$17,43	$60,30
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$418	$1.447

El Mínimo Vital es la cantidad de agua que se debe garantizar a cada persona para satisfacer sus necesidades básicas. Mínimo vital asignado: 6 m³ mensuales (Acuerdo 2010 de 2004)

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste crédito	$101.181-
I-ajuste a la decena	$5
D-ben. mín. vital total	$26.739-
Subtotal	127.915-

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
$210.560-	
Subtotal	$210.560-

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE Consulta dirección, horarios de atención en www.pagalo.com.co/red-cade-habilitados — La EAAB-ESP solo tiene convenios con los siguientes bancos: Popular, Occidente, AV Villas, Bogotá, Bancolombia y Colpatria. Caja Social, Itaú, Corficolombiana, AV Villas, Bogotá, Bancolombia y Colpatria.

Aseo
Valor a pagar
$175.210

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)4079193061 92(3900)000000175210

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$0

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)4079193061 98(3900)000000000000

26859

126224 62229 2/2

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1 1100100010 EAB ESP

Alcaldía Local de Engativá

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

Expiry-Date:2030/09/02

HC	MICROCHIP:	FECHA:
85	900255003231177	29-11-25

ORIGEN : CES X PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:
Jacky	

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 5 M	PESO: 2,8 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO ____REGALADO_X_PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Mery Ximena Ramirez Gomez	Cl 67B 68B 47	3153028655
CEDULA: 53051468	CORREO ELECTRÓNICO: ximerg333@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Bella Vista / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Universitario / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO_X_RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
	Sept 25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: 08/09/25 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: 121 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 36,6 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Angela Marcela Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:

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 **53.051.468**

RAMIREZ GOMEZ

APELLIDOS

MERY XIMENA

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-MAR-1984**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 **A+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

04-MAR-2002 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

A-1500150-01526533-F-0053051468-20250929 **0147**914310A 1 8516805057

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



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

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

Inscríbete aquí



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

Tan fácil tenerla...

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban, Red, Bancavía, BBVA, Scotiabank Colpatria, Banco AV Villas, Banco GNB Sudameris, Bancolombia, Banco Falabella, Banco Pichincha, Banco Caja Social, Nequi, Davivienda, Daviplata, Royal 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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
01 8000 819 052

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7048Z7092025 VANTI

¡Hola!

CAMPO ELIAS TRIANA
CL 67B 68B 47 02 00001 - BELLA VISTA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007109-525872

Lote: P02GN **Ruta:** 0011370146060005000 **Código del Sector:** 216

Cuenta o referencia de pago **62487147**

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**



vanti Listo

Compra con tu cupo de crédito Vanti Listo lo que quieras.

Cupo hasta de
$3.000.000
en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.

Extracupo hasta de
$12.000.000
exclusivo para motos.

Sin trámites
Sin papeleo
Sin experiencia crediticia

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

Exito, Jumbo, Alkosto, Ktronix, Homecenter

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP., Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasoccer S.A. ESP. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancario ofrecido por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de la política de financiación consultalas en grupovanti.com/vantilisto.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

216
0011370146060005000
P02GN

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

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago **62487147**

BOGOTÁ

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — **Pago oportuno** 20 Nov. 2025

2 — **Fecha de suspensión** 21 Nov. 2025

3 — **Periodo facturado** Oct. - Nov. 2025

4 — **Emisión de tu factura** 06 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	36M3	2.741,69	0,00	98.700,84
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	3,37	0,00	3,37
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	55,79	0,00	55,79
Vanti Max Vivienda	1UN	7.285,71	1.384,29	8.670,00

1 — Total **$111.610,00**

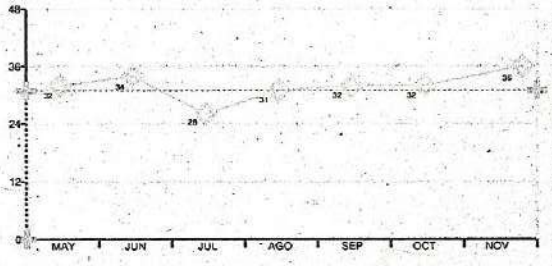
Tus financiaciones

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

201 → 54.740
202 → 56.880 (13)
Abt 522301
22/Nov/25
Pendiente

2 — Total **$0,00**

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat. Tres — Días de consumo: 34

Fecha	Lectura	Tipo
02 Oct. 2025	3399	REAL
04 Nov. 2025	3445	REAL

m³ corregido= 3445 - 3399 * Factor de corrección = 36

Tu próxima lectura será

Entre 01 y el 06 de Diciembre

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Oct. 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 yo tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2742.

· Ago. $2804 Sep. $2719 Oct. $2748

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

Componentes tarifarios

Gm: 1438.91 Tm: 632.88 Dm: 599.2 Cm: 2741.69
Pr: 70.7 Cvm: 0.0 Cufm: 4180.0 Cuvm: 2741.69
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 425 kWh y el precio unitario del kWh es: $242.073

Factor de corrección

Vm: 46 Kp: 0.76826 Kt: 1.00631 Pt: 0.7731
Vc: 36 Tm: 13.75 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.023 P pv: 1.0

Factor de corrección: 0.7731

Indicadores de calidad

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



Resolución No. 4929 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. numeración habilitada: cero(0) del 31/03/2025. Facturación electrónica desde N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Revisor fiscal Deloitte & Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art 130 LS 820

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

HC: 86 | MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231170 | FECHA: 29-11-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nala

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA | EDAD 7 M | COLOR: Beige Cafe | PESO: 3,2 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO____ | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO___ MIXTO OTRO____

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO____COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jenny Andrea Beltran Mavoquin | DIRECCION: Cl 68 115C 13 | TELEFONO: 3006068833

CEDULA: 1233690013 | CORREO ELECTRÓNICO: jandrebm97@hotmail.com

BARRIO O VEREDA: Centro Engativa II | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Tecnologo

TIPO DE VIVIENDA: CASA_APTO__RURAL_

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: Oct/25 | ULT. DESPARASITACIÓN: Sept/25 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X

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: Ninguna

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguna

CLASIFICACION ASA: I. (II.) III. IV. V. VI. E.

CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 121 l/m | F. RESPIRATORIA: 24 r/m | TEMPERATURA: 37.6 °c | TLLC 2' seg | MUCOSAS: Rosa.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	____ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	____ml.	5-7mg/kg IV
		____ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	____ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,22 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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO _, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO: Angela Marcela Diaz
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036
FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO:
TARJETA PROFESIONAL:
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: 1233690013

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:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.233.690.013**

BELTRAN MARROQUIN

APELLIDOS

JEIMY ANDREA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-DIC-1997**

LA PALMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

07-MAR-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00814335-F-1233690013-20160414 **0049346450**A 1 45281166