Alcaldía Local de Engativá

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

HC	MICF	FECHA:
17	900255003231438	02-12-2025.

ORIGEN : CES PROTECCIÓN X CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Marlon				COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 5A.	PESO: 18.5 KG	MANEJO ESPECIAL: SI __ NO X	
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___		

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Cenaida Castiblanco Moreno	DIRECCION TV 113C No 67B 49	TELEFONO 3115715462
CEDULA: 39749595.	CORREO ELECTRÓNICO: lucero201107@hotmail.com.	
BARRIO O VEREDA engativa	ESTRATO: 2.	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Primaria. NS/NR	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
126 l/m	34 r/m	38,1 ºc	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,8 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	6 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,18 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Felipe Su. Medico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P. 47661	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Perez MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	39 747 595

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 ☐

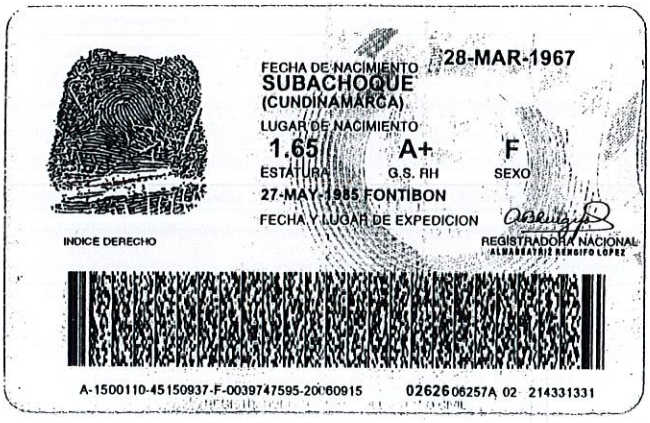
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE ☐

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 39.747.595
CASTIBLANCO MORENO
APELLIDOS
CENAIDA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-1967
SUBACHOQUE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-MAY-1985 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
A-1500110-45150937-F-0039747595-20060915 02626 06257A 02 214331331

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Banco AV Villas · GNB · Nequi · Banco Pichincha · Dale · Plata

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Escanea para pagar tu factura

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

*Si cancelas con cheque, este 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 76/8/27/08/2025 VANTI

¡Hola!

SANDRA MILENA DURAN
TV 113C 67B 49 02 - ENGATIVA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007116-3163241

Lote: P12GN **Ruta:** 0011760135188005000 **Código del Sector:** 412

Cuenta o referencia de pago **62918886**

vanti Listo

Compra electrodomésticos a gas para tu hogar y paga a cuotas a través de tu factura de gas

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



Sin trámites
Sin papeleo
Sin experiencia crediticia

vanti Listo

Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.

Cupo hasta de
$6.000.000
en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.

Extracupo hasta de
$1.500.000
exclusivo para motos.

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

éxito · Alkosto · Stronex · Homecenter

Publicidad exclusiva de vanti S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP, Gas Natural del Choco S.A. ESP y Gasoriente S.A. ESP. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones de tu cliente 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) 635 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

P12GN 0011760135188005000 412 98566 C1

Señor usuario, la empresa vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a conocer el hecho que da origen a su petición sobre el contenido de la misma, le facturará el valor cobrado con los mayores costos de operación en la ley 142 de 1994 y podrá hacer uso ante de la fecha establecida para el pago oportuno.

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 03 Dic. 2025

2 — Fecha de suspensión: 04 Dic. 2025

3 — Periodo facturado: Oct. - Nov. 2025

4 — Emisión de tu factura: 20 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	12M3	3.116,58	0,00	37.398,95
MENOS SUBSIDIO (37%)	1UN	-13.919,89	0,00	-13.919,89
AJUSTE DECENA	1UN	0,93	0,00	0,93

1 – Total $23.480,00

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

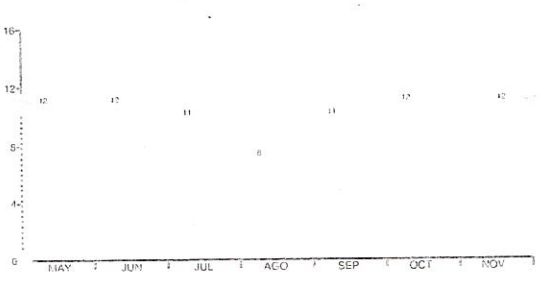
Total a pagar 1 + 2 + 3

$23.480,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
16 Oct. 2025	1935	REAL
18 Nov. 2025	1951	REAL

m³ corregido= 1951 - 1935 * Factor de corrección = 12

Tu próxima lectura será Entre 12 y el 17 de Diciembre

Novedades de tu factura

CuVa $ 2741.89

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)62918886(3900)00000000023480

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Oct. 2026

Agenda yo tu RPO aquí

Tarifas

...este mes es de $2742.

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

Componentes tarifarios

G	1438.91	T	652.88	D	599.2	C	0.0
P	70.7	Cv	0.0	Cu	0.0	Cc	0.0
Com	0.0	Pcom	42.512	DAOM	0.0	SAOM	0.0

...kWh/Ts consumo con mínimo de tres salarios: 142

kWh/y el costo unitario de kWh es: $165.346

Factor de corrección

Vm	16	Kb	0.76926	Kc	1.00027	Fc	0.77308
Vp	12	Tm	13.76	Te	15.56	Pa	1.01005
Fu	0.753	Fm	0.023	Fsu	1.0		

Factor de corrección: 0.77308

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPR: 100.0





Sorteo gratuito autorizado mediante Resolución No. 4501 del 17 Jul 1993. Autorización de Numeración de Facturación No. F. Formulario 1376109126057 del 31.03.2025. Facturación electrónica desde el 01/06/2020. Plazo 1000/0000 con vigencia de 24 meses

Empresa vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. NUR 2 11001000 e. VANTI S.A. ESP. NIT 800.067.813-5. Revisor fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art 130 de la ley 142 de 1994.

Factura No F1506976949B1

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

HC: 18	MICROCHIP: SI 900255003231422		FECHA: 02-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lucky				COLOR: Beige	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Maltes	EDAD 2A	PESO: 9.5 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X	
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____		

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Claudia Del Pilar Aranguren Coronado	DIRECCION Kr 86 A 69 A 63		TELEFONO 3209743538
CEDULA: 52 331 444	CORREO ELECTRÓNICO: vilma201710l@gmail.com		
BARRIO O VEREDA Florida Blanca	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachillera	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_		

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: Marzo/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: 22-08-24 HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa	
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa ,LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa	

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. CONDICIÓN CORPORAL: 2/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 124 l/m	F. RESPIRATORIA: 34 r/m	TEMPERATURA: 38,4 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas	
OBSERVACIONES: —					

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,1 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,4 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,16 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,3 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Felipe Suárez Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P. 47661	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:
	52'331.444

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 **52.331.444**

ARANGUREN CORONADO

APELLIDOS

CLAUDIA DEL PILAR

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-JUL-1975**

CAQUEZA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-AGO-1993 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00962055-F-0052331444-20171213 **0058**762280A 1 9902508497

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

enel Bogotá

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

Para dudas y consultas en nuestra página web

0595735-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3718370089-6

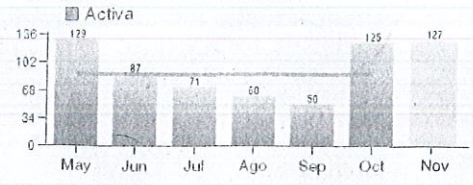
DOLORES DE ARANGURE
KR 86 A NO 69 A 63
BOGOTA, D.C. - FLORIDA BLANCA

01 515 8317 / 6008188

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

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
Oferta registrada de 'Pre-aprobado' Fijos, Libre, Libranza, Educativo y Compra de Cartera S.A. Estudio, Previo Bancario, otorgado por la Financiera Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a políticas de crédito de la entidad. Consulta más en www.creditofacilcodensa.com

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $818,83
CONSUMO DIARIO: 3,97 kWh
VALOR DIARIO: $2.762
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 97 kWh

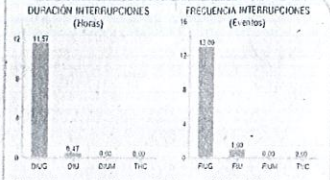
PERÍODO FACTURADO: 26 SEP/2025 A 27 OCT/2025
DÍAS FACTURADOS: 32
CONSUMO MES: 127 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005015158317
RUTA LECTURA:	35015070140
MANZANA DE LECTURA:	MS00562168
MEDIDOR NO:	6008188
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO 161871 GRUPO 11 HC 0.00 VC 0.00 ESC 0.00
PERIODO 202509 Dt 256.44 Cf 50.0000 MC 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/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 8003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelCSentesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

¿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: daviplata, dale, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecti, Red Servi, Supergiros, Su Red Efectiva, Su Red Amiga, Su Red Cercana, MOVIRED, Multired, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel Oficinas Chía, Girardot y Facatativá

Almacenes de Cadena: Sumo, Alkosto

Código QR

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

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

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

GRUPO: 11 CIRCUITO: FR11-I51871 - 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 ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020

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

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

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

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

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

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

CUDE: 15dde4d3de455d6c3147908666b8158784595760d3ec4a9f35e49d0d3849918c4d5d8941d3642c6eb4703dled4ee0a8f

FECHA GENERACIÓN: 01/11/2025 01:56:46
FECHA EXPEDICIÓN: 01/11/2025 16:29:09

$173.200 | $0 | $173.200 | INMEDIATO

ENERGÍA | 0595735-9 | 27 NOV /2

Tipo de Lectura: Real | Situación encontrada: No

ENERGÍA ACTIVA FP	63 613	63 510	127	1	127	127	8318.83	
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	8305.19	

SUBSIDIO: Consumo a subsistir 130.00 kWh X Valor kWh $212.8341 X Beneficio = 15.00 % | SUBTOTAL: $88

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE TE COSTO $2.762 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

SALDO ANTERIOR $94.810
Ajustes a la decena $-3
SUBTOTAL: $84.807

APRECIADO CLIENTE SU CUENTA SE ENCUENTRA EN MORA

(1) TOTAL ENERGÍA $173.200

Otros cobros de productos y servicios

(2) TOTAL OTROS

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 $103.663

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de OPORTUNO éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financ 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.

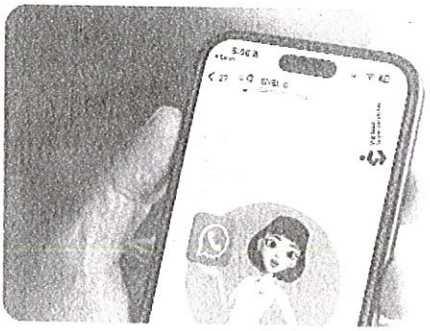
Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

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
0595735-9

Documento Equivalente Electrónico No.
371637089-6

(415)7707209914253(8020)010595735937183706896(3900)000000000173200

PAGO OPORTUN
INMEDIATO

TOTAL A PAGAR
$173.200

Alcaldía Local de Engativá

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

HC	19	900255003231289	NO	FECHA: 02-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ares.				COLOR: Negro.	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 8M	PESO: 27 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO Y	
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO Y	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI_____NO Y		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____		

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X _REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jean Franco cure Mantilla	DIRECCION Kra 108 A #77D34	TELEFONO 3028431943
CEDULA: 1.005.461.218.	CORREO ELECTRÓNICO: Francocure31@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Garces navas / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller. NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N.A	10-2025.	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: 05/08/2025 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: 178 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 38,7 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2,9 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina.	1/8 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,8 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,27 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	LEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	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: 1005461218

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 **1.005.461.218**

CURE MANTILLA

APELLIDOS

JEAN FRANCO

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-AGO-2000**

SABANA DE TORRES
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-FEB-2019 SABANA DE TORRES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2717400-01075649-M-1005461218-20190520 **0065**28934A 1 53635596

enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **4361627-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 372785029-4

11803 2

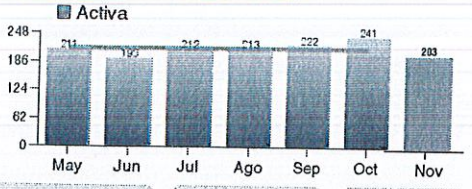
11803 2

CLIENTE

MIGUEL ANTONIO BARRIGA MARTIN
KR 108 A NO 77 D 34 PI 3
PISO 3
BOGOTA, D.C. - GARCA.S NAVAS

05 710 5731 / 37198

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $820,96

CONSUMO DIARIO: 7,00 kWh

VALOR DIARIO: $5.195

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

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 203 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 215 kWh

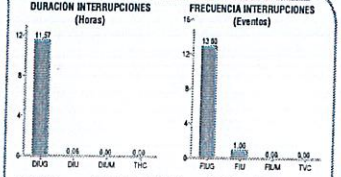
¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007057105731
RUTA LECTURA:	37057190072
MANZANA DE LECTURA:	MS00562722
MEDIDOR NO:	37198
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 8672TR1 GRUPO: 11 HC: 8,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
FERIODO: 2025/09 Di: 257,15 CF: 222,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %: 0,28
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/solicitudes.html
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.	601 5140055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

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

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

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



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: OCT/2025
G: $296,46 T: $52,97 D: $307,93 CV: $76,68 PR: $60,36 R: $26,56 CF: $0,00 / $820,96 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL37-8673TR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

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

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

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

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

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 07/11/2025 01:47:12
FECHA EXPEDICIÓN: 07/11/2025 22:22:10

CUDE: 7d91d9646c982c2cd81524647d35dc4622191d74b8602eae691ae74974f84e8dcdc9ae32770c4be03f6ac0593cce9ca5

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación, SAS NIT 800.096.842-6.

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

7.169 - Página 1 de 4

118032

Alcaldía Local de Engativá

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

HC	MICROCHI	FECHA:
20	900255003231292	02-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Rocky.				COLOR: Beige	
ESPECIE: CANINO Y FELINO___ SEXO: HEMBRA___MACHO Y	RAZA Shitzu.	EDAD 5A.	PESO: 8.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X	
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO Y	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO Y		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO ____ MIXTO Y OTRO _____		

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO____REGALADO X PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nieves Yaneth Martnez	DIRECCION CL 70A N. 87A18	TELEFONO 3124472551
CEDULA: 52411799	CORREO ELECTRÓNICO: lechonerabarrera deltolima@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA Maratu	ESTRATO: 3.	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Secundaña NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

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

4. 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:
176 l/m	32 r/m	382 ºc	2 seg	Rosados

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	...LEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	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:
	52411799

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.411.799**

MARTINEZ

APELLIDOS

NIEVES YANETH

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **03-SEP-1975**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

20-JUN-1994 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00215967-F-0052411799-20100219 0021057683A 2 1290637731

Por favor dobla y rasga para abrir la factura.

Si no suspende el servicio dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión, Vanti podrá suspender el servicio de gas natural sin necesidad de preaviso. Lo anterior, sin perjuicio de la facultad de interponer recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalado 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.



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 · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Rappi pay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura.

¡Hola!

ALVARO ORTIZ
CL 70A 87A 18 - MARATU
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 010720210003778975

Lote: P18GN Ruta: 0011390023640005000 Código del Sector: 316

Cuenta o referencia de pago 61458438

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



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

25 VIAJES A CARTAGENA

para dos personas todo incluido.

¿Cómo participar?

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

Financia tu compra a **30 meses**

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

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

Éxito · Alkosto · K-tronix

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

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.

316 0011390023640005000 40179 P18GN C1

Factura de gas | Octubre 2025

Cuenta o referencia de pago 61458438

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 14 Nov. 2025

2 — Fecha de suspensión: 15 Nov. 2025

3 — Periodo facturado: Sep. - Oct. 2025

4 — Emisión de tu factura: 29 Oct. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	97M3	2.747,85	0,00	266.541,45
FIJO	1UN	4.171,00	0,00	4.171,00
AJUSTE DECENA	1UN	2,85	0,00	2,85
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protc.	0	19.967,00	0,00	19.967,00
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	127,70	0,00	127,70

1 — Total $290.810,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

3 — Valor facturas vencidas

$0,26

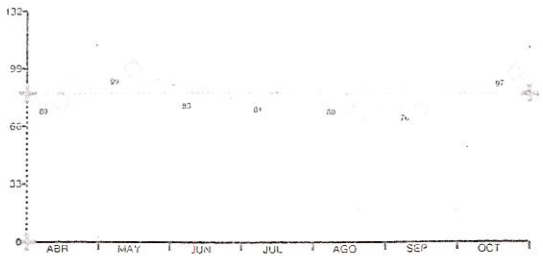
Total a pagar 1 + 2 + 3

$290.810,26

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Tres | Días de consumo 33

Fecha	Lectura	Tipo
20 Sep. 2025	5282	REAL
22 Oct. 2025	5407	REAL

m^3 corregido= 5407 - 5282 * Factor de corrección = 97

Tu próxima lectura será

Entre 21 y el 26 de Noviembre

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 29081

Dawplate
#843888
14-11-2025.
04:28.

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)61458438(3900)00000000290810

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Dic. 2027

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente. *Resoluciones 059 de 2012 y 41355 de 2017.

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1478.84 Tm: 583.64 Dm: 614.99 Cm: 2747.85
Pc: 70.38 Cvm: 0.0 Cvfm: 4171.0 Cuvm: 2747.85
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.55 DAJR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjtm³ Tu consumo en m^3 de gas equivale: 1147 kWh y el precio unitario del kWh es: $236.018

Factor de corrección

Vm: 125 Kp: 0.76865 Kt: 1.00627 Pt: 0.77347
Vc: 97 Tm: 13.76 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Fa: 0.753 Pm: 0.0234 Fpv: 1.0

Factor de corrección: 0.77347

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ICI: 100.0 IPII: 100.0





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

de la ley 142 de 1994
Central Eléctrica y Servicios S.A.S. BIC
Nit 830.131.151-9

Alcaldía Local de Engativá

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

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

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

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

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

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

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

Yo YANETH MARTINEZ identificado con cédula de ciudadanía número 52 111 799, de BOGOTA autorizó el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino [X] felino [ ] de Nombre FOKI Raza CHIZU Edad 5 AÑOS.

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

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

FIRMA TUTOR RESPONSABLE:

FECHA: 02-12-2025
JORNADA # SALON COMUNAL FLORIDA BLANCA #1
UBICACION