Alcaldía Local de Engativá

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

HC	900255003231437	FECHA:
21		02-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:	
Rouse		Beige-marron	

ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA	EDAD	PESO:	MANEJO ESPECIAL:
		Mestizo	6m	2 KG	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:	DIRECCION	TELEFONO
Erika Velasco Garcia	Kra 88 No 68A45.	3504514161

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1.014.261.543	Valeriaadmava@gmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Fbnda Blanca	3	ENGATIVÁ

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
25-11-2025	07092025.	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: 25.10.2025.

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: 2/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
124 l/m	30 r/m	37.8 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,14 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,28 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	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero 47661 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:
Valeria Cañas	1001275097

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
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.014.261.543
VELASCO GARCIA
APELLIDOS
ERIKA
NOMBRES
Erika Velasco Garcia
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 04-ENE-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-ENE-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
P-1500150-00940600-F-1014261543-20170927 0057396451A 1 9910138284

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas de número de cuenta es:

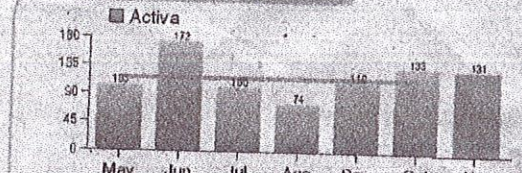
0596309-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. [illegible]

ANGIE SIERRA RIOS
KR 88 NO 68 A 45
BOGOTA, D.C. - FLORIDA BLANCA

01 515 8578 / 22537720

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



VALOR kWh APLICADO: $818,83

CONSUMO DIARIO: 4,09 kWh

VALOR DIARIO: $2.859

PERIODO FACTURADO: 26 SEP/2025 A 27 OCT/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 131 kWh

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

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD

¡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!

Encuentralos escaneando el código

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,60
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005015158578
RUTA LECTURA:	35015060191
MANZANA DE LECTURA:	MS00562159
MEDIDOR NO.:	[illegible]
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



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

CONTÁCTANOS

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

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

316 800 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)

Enel Colombia | @EnelCO_Servicios

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca	Emergencias	Denuncias
601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 6140055 denuncias@enel.com

Defensoría 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 Banco, Débito Automático, Cobro Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: dale, MOVII, Nequi, tpaga

Red Financiera: CONRED, eláca, Efecty, Baloto, Gana, Movired, Punto Red, Su Red, Su Red Efecty

Centros de Servicio: RED CADE, enel Colombia Chía, Girardot y Fusagasugá

Código QR

Almacenes de Cadena: Olímpica, Jumbo, Metro

Si prefiere un comprobante bancario, realice el desprendible del debajo. El sello del comprobante 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: $294,49 T: $51,55 D: $305,19 CV: $77,00 PR: $59,90 R: $30,80 CF: $0,00 / $818,83 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: FRIT-1113ATR1 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 15 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG [illegible]

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 se cobra gracias 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 peticiones, 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 autorización expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos cobros, 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: faa3f57976eed5c09910431f962437ca9991ea81ac2bcca98bcef1a5bdd2512752ca74d8ff7506667da9ffe61adb

FECHA GENERACIÓN: 01/11/2025 01:57:11
FECHA EXPEDICIÓN: 01/11/2025 15:26:14

Factura impresa por Cenveo Publishing Services Comunicación SAS NIT 830058830-6

Proveedor Tecnológico: Capital Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del [illegible] CENFinanciera - NIT 830.321.151-0

1 Total Energía $91.300 + 2 Portafolio Enel X $0 = $91.300

PAGO OPORTUNO
12 NOV /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
13 NOV/2025

ENERGÍA

No. Cuenta / No. Cliente: 0596309-7

27 NOV /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de Lecturas	x	Factor	=	Energía Consumo Actual	Energía Facturada Mes Anterior	x	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	1.667		1.536		131		1		131	131		$818,83		$107.267
ENERGIA REACTIVA	240		226		14		1		14	0		$305,19		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh			X	Valor kWh $618,8341		X		Beneficio -15.00 %					$15.967

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2.953 DIARIOS

SUBTOTAL: $91.300

Otros cobros asociados a energía

Consumos y otros cobros asociados a energía

1 TOTAL ENERGÍA $91.300

Otros cobros de productos y servicios

enel X

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

2 TOTAL OTROS $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.853

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.



Piel Celebridad S.A. E.S.P. Prestador vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

NÚMERO DE CLIENTE
0596309-7

Documento Equivalente Electrónico No.
371880032-1

(415)7707209914263(8020)010596309737188300321(3900)00000000091300

PAGO OPORTUNO
12 NOV /2025

TOTAL A PAGAR
$91.300

Alcaldía Local de Engativá

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
22	900255003231439	02-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Nala Rubiano		Carey

ESPECIE: CANINO___ FELINO__X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA	EDAD	PESO:	MANEJO ESPECIAL:
		Mestizo	6M	2.3 KG	SI__ NO X

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

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X _REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Diana Carolina Rubiano Galan	Tr 70 g 71-11.	3163963338

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
52814349	comercialdescansar@gmail.com.

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
La Europa	3	ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_
Profesional	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/R	AGOSTO/25	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: SCP/25 ,LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
126 l/m	34 r/m	37.6 °c	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,16 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		FIRMA
	Dr. Felipe Suarez Medico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P. 47661	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Cano 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: 52814349

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
52.814.349
NUMERO
RUBIANO GALAN
APELLIDOS
DIANA CAROLINA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-ABR-1983
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
18-ABR-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
A-1500110-45119706-F-0052814349-20040917
05847 04261A 02 152640401

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



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

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

Inscríbete aquí



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

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

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

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

¡Hola!

NOHEMY COLORADO
KR 70G 71 11 02 00002 - LA EUROPA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5037101-23012

Lote: P12GN **Ruta:** 0011370022960005010 **Código del Sector:** 215

Cuenta o referencia de pago **61245992**

vanti Listo

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

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



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

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

Alkosto · K TRONIX

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.

215 0011370022960005010 36734 P12GN C1

Factura de gas

Octubre 2025

Cuenta o referencia de pago **61245992**

BOGOTÁ

Vigilado Superservicios

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

Vanti Más

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
CONSUMO GAS	12M3	2.747,85	0,00	32.974,20
FIJO	1UN	4.171,00	0,00	4.171,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,93	0,00	0,93
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protc.	0	16.147,00	0,00	16.147,00
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	66,87	0,00	66,87

1 – Total **$53.360,00**

Tus financiaciones

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

2 – Total **$0,00**

3 – Valor facturas vencidas

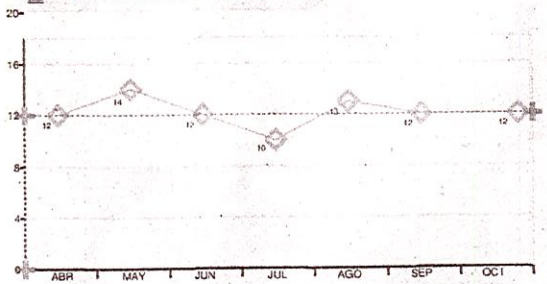
$0,00

Total a pagar (1 + 2 + 3) **$53.360,0**

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
13 Sep. 2025	6103	REAL
16 Oct. 2025	6119	REAL

m³ corregido= 6119 - 6103 * Factor de corrección = 12

Tu próxima lectura será

Entre 12 y el 17 de Noviembre

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com,
valor sugerido $ 5336

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)61245992(3900)00000000053360

Revisión Periódi

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ago. 2029

La revisión de la instalación interna es responsabilidad y debe realizarse en l plazos establecidos en la regulación vige *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de

Tarifas

El valor del m³ de gas este

Jul. $2710 Ago. $2804

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

Componentes

Gm: 1478.84 Tm: 583.64
p: 70.38 Cvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.55

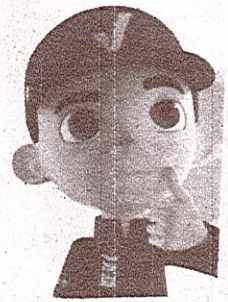
MJ/m³ Tu consumo en m³ de gas eq kWh y el precio unitario del kWh e

Factor de co

Vm: 16 Kp: 0.76826 Kt:
Vc: 12 Tm: 13.76 Te:
Pa: 0.753 Pm: 0.023 P
Factor de corrección: 0.77308

Indicadores

IRST: 100.0 DES: 0.0



En tu Éxito tienes la mejor tecnología para elegir

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

Compra en: Tienda

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP.

Alcaldía Local de Engativá

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

HC		NO	FECHA:
23	900255003231967		02-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pancha				COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO		RAZA Mestizo	EDAD 4m	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 X MIXTO OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X _REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Johanna Esperanza Ramirez Diaz	DIRECCION CL 68 A No. 86 A 60	TELEFONO 3107866716
CEDULA: 63527416	CORREO ELECTRÓNICO: Johanna198022@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Florida blanca	ESTRATO: 3.	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Tecnico. NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
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: 08.06.2025.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
120 l/m	37 r/m	38,2 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	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: Piometra

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/ovariectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO_, para la realización del procedimiento descrito.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN 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:
Johanna Ramirez Diaz	63'527.416

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 **63.527.416**

RAMIREZ DIAZ

APELLIDOS

JOHANNA ESPERANZA

NOMBRES

Johanna Esperanza Ramirez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-SEP-1980**

SAN JOAQUIN
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-ABR-2000 BUCARAMANGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2500100-00674777-F-0063527416-20150304 0043375110A 3 43287722

Bogotá

ECOLOGICO

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: **1573073-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 371884513-3

139037

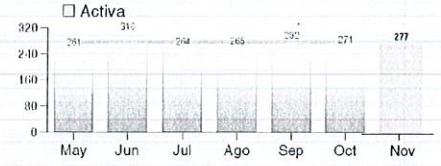
139037

CLIENTE

GLORIA INES FERNANDEZ FUENTES
CL 68 A NO 86 A -60 IN 2
INT 2
BOGOTA, D.C. - FLORIDA BLANCA

01 515 8364 / 19702917

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO
$818,83

CONSUMO DIARIO:
8,66 kWh

VALOR DIARIO:
$6.589

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 276 kWh

PERIÓDO FACTURADO: 26 SEP/2025 A 27 OCT/2025
DIAS FACTURADOS: 32
CONSUMO MES 277 kWh

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

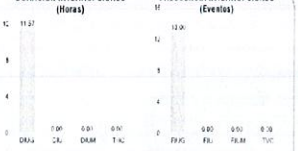


INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000501515836-I
RUTA LECTURA:	35015070186
MANZANA DE LECTURA:	MS00562169
MEDIDOR NO:	19702917
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



CO: 11137TR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0.00 CEC: 0.00
PERIODO: 2025/09 DI: 258.44 CF: 282.00000 MC: 0.00 ME: 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	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: AFP Banco, Internet, Tótalano Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: dale, MOVII, Nequi, tpaga

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

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: Únicamente Chile, Girardot y Facatativá

Almacenes de Cadena: Metro

Código QR



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: FR12-11137TR1 – NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercializacion de Energia Electrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autoretenedores segun Resolucion No. 0547 de 26 de enero 2002. IVA Regimen Comun. CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.
"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjase a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 01/11/2025 02:02:14
FECHA EXPEDICIÓN: 01/11/2025 16:43:10

CUDE: bb1caf8a3c0913cd9d058a1b51d96315f3f432d2a4a9e8960fddebdabd2893f043f1f419b221e4f105e87e61850b686c

Factura impresa por Carvajal Soluciones en Comunicación SAS NIT 800.086.812-6.

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

9.615 - Página 1 de 2

No. Cuenta 1573073-5 139037

Total Enel	+	Portafolio Enel X	=		PAGO OPORTUNO
$210.850		$0		$210.850	12 NOV /2025
					FECHA DE SUSPENSION
					13 NOV/2025

ENERGIA | NÚMERO DE CUENTA 1573073-5 | FECHA DE SUSPENSIÓN 27 NOV /2025

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGIA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de Lectura	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Consumo Facturado kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	22.425		22.148		277		1		277	277		$818,83		$226.817
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$305,19		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh				Valor kWh $818,8341		X		Beneficio -15,00 %					-$15.967

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $6.589 DIARIOS

SUBTOTAL: $210.850

Otros cobros asociados a la energía

(1) TOTAL ENERGÍA $210.850

Otros cobros de productos y servicios

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

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

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

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -15,00 %

Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

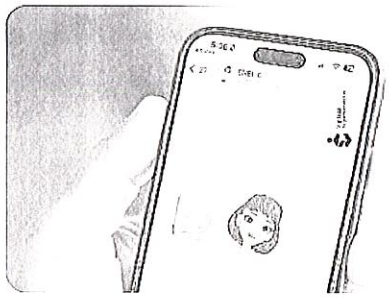
Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

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
1573073-5

Documento Equivalente Electrónico No.
371884513-3

(415)7707209914253(8020)011573073537188451 33(3900)00000000210850

PAGO OPORTUNO
12 NOV /2025

TOTAL A PAGAR
$210.850

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
24	900255003231431	02-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Mufasa Tiga		pardo

ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA	EDAD	PESO:	MANEJO ESPECIAL:
		Mestizo	7A	3 KG	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____ nació en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Yuly Ximena Tiga Niño	Cl 69A BIS 87A 29	3222545298

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1074220821	Yulitiga02@gmail.com.

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
Florida	3	

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Octubre 2025	N/R	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: DIC/24

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:
120 l/m	34 r/m	38.2 ºc	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	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 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	EILEEN 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	

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:
July Tiga	1014220827

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 1.014.220.821

TIGA NIÑO

APELLIDOS

YULY XIMENA

NOMBRES

Yuly Ximena Tiga N

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-ABR-1991

DUITAMA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

16-ABR-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

A-0707900-01077709-F-1014220821-20190626 0065597283A 1 9909049192

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: B2 RUTA: B22055

BIMESTRAL

10181065
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11116913614
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado AGO/10/2025 - OCT/08/2025

Pago oportuno NOV/13/2025

Suspensión NOV/19/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/08/2026	OCT/28/2025 07:12:01	OCT/28/2025 11:50:35

¡Hola!

Factura a nombre de
CARLOS PINEDA

Dirección del predio
CL 69A BIS 87A 29

Barrio: FLORIDA Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca WATERTECH ITALIA Tipo VELO015T2
Serie 10-1058802 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/01/2025 - OCT/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato 10181065
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 11116913614
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	0.000
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.00
Frecuencia Barrido:	03	Frecuencia Recolección:	03	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

	Valor base aprovechamiento
Costo Fijo Total CFT: 36.319,73	Costo variable no aprovechables 17.537,80
	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	0.0398

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$64.840	$63.564	$60.652	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$73.713	Interés mora	$8
Subsidio	$11.057-	Ajuste a la decena -credito-	$4-

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$62.660
Aporte (+)	00%	Total ingresos del periodo	$62.660
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

Denuncia en línea

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.
- Cualquier otra actividad irregular que observes en la red de acueducto y alcantarillado.

El hurto relacionado de infraestructura afecta contra la disponibilidad permanente de agua y alcantarillado e incluso puede generar largas interrupciones en el servicio.

BOGOTÁ

57505 28386 1/2

2730

52.600

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 92 m³



En este periodo consumiste más agua que en el anterior

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

En este período

98.000

Promedio al día

1.633

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	6774	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	6676	Base promedio	
Tu consumo este período	98	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	WATERTECH ITALIA	Tipo	VELO015T2
Serie	10-1058802	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
$367.640,50		$383.807,30		$552		$62.660
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** $814.660

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 55751cc10a454f3c4a8687715d5bed58b6a65afcf6de40daec2a5bf2664d1c66dd705a774e8a0486b0e55f50971524eb

Detalle de tu consumo este bimestre

	A Acueducto						B Alcantarillado					
	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.688,98	-15	$2.907-	$8.235,63	$16.470,96	2,00	$4.605,36	-15	$1.382-	$3.914,56	$7.828,72
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.708,23	-15	$12.237-	$3.152,00	$69.344,06	22,00	$3.970,21	-15	$13.102-	$3.374,68	$74.242,52
Consumo residencial superior básico (m³)	76,00	$3.708,23		$0	$3.708,23	$281.825,48	76,00	$3.970,21		$0	$3.970,21	$301.735,95
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$15.144-		$367.640,50				$14.484-		$383.807,30

* 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)	$24,60	$84,63
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$541	$1.862

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ bimestrales) de consumo facturado a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Acuerdo 622 de 2016)

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$2
I-intereses de mora	$550
Subtotal	552

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.cadebogota.com/cadeservicios/cades

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

Aseo
Valor a pagar
$62.660

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)111169136141(3900)000000062660

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$752.000

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)111169136145(3900)000000752000

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1100100010 EAB ESP

57506 23333 2/2

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

HC: 25	MICROCHIP: SI — Expiry-Date: 2030/09/02 — 900255003224224		FECHA: 02-12-2025

ORIGEN : CES X PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LUNA				COLOR: Blanco / Negro	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA MESTIZO	EDAD 7A	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 X MIXTO OTRO____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO____COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO nacio en casa.

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alba Disneida Garces Gomez	DIRECCION AK 70 74D 37-03	TELEFONO 3134922221
CEDULA: 39747594	CORREO ELECTRÓNICO: 3134922221 @ sin correo.com.	
BARRIO O VEREDA Bonanza / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Primaria / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
NOV/25	N/R.	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: 24-09/24

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
128 l/m	30 r/m	37.9 ºc	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	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	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	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:
-Ally	39747594

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:



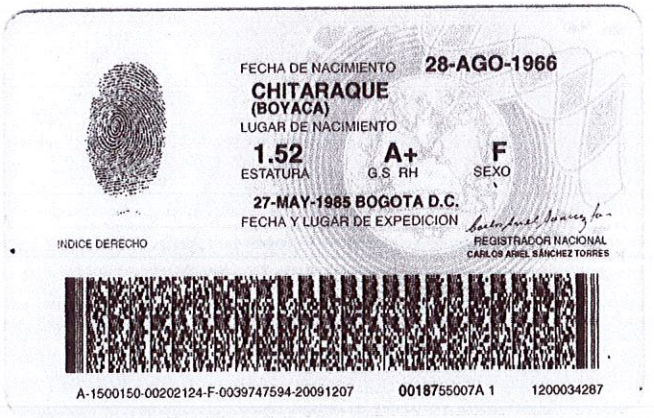
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.747.594
GARCES GOMEZ

APELLIDOS
ALBA DISNEIDA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-AGO-1966
CHITARAQUE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

27-MAY-1985 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00202124-F-0039747594-20091207 0018755007A 1 1200034287

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 · GNB Sudameris · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Davplata · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

¡Hola!

ROSA CECILIA FULLA
AK 70 74D 37 03 00302 - BONANZA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007114-1038627

Lote: P05GN **Ruta:** 0011410024310005600 **Código del Sector:** 227

Cuenta o referencia de pago 62279578

vanti

TU CUPO VANTI LISTO
APROBADO ES:

227 0011410024310005600 P05GN 28406 A C1

vanti



Sin trámites
Sin papeleo
Sin experiencia crediticia

Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.
Cupo hasta de
$8.000.000
en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.
Extracupo hasta de
$2.000.000
exclusivo para motos.

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

éxito · Olímpica · Alkosto · Estrenda · 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, 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.

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago **62279578**

BOGOTA

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
25 Nov. 2025	26 Nov. 2025	Oct. - Nov. 2025	11 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	6M3	2.741,69	0,00	16.450,14
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,14	0,00	0,14
Vanti Max Gas 2	1UN	11.294,12	2.145,88	13.440,00

1 — Total **$34.070,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

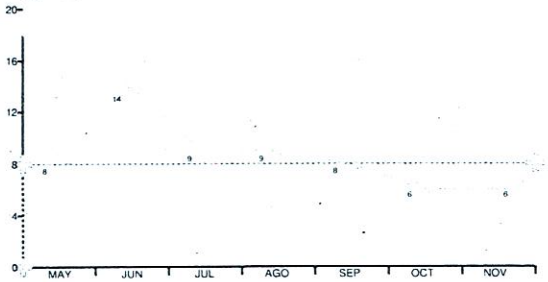
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$34.070,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
06 Oct. 2025	876	REAL
08 Nov. 2025	884	REAL

m^3 corregido= 884 - 876 * Factor de corrección = 6

Tu próxima lectura será

Entre 02 y el 07 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

30 Abr. 2030

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 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: 2741.69
.p: 70.7	Cvm: 0.0	Cufm: 4180.0	Cuvm: 2741.69
Ccm: 0.0	Fpcm: 42.512	DAUR: 0.0	DAUNR: 0.0

Mj/m^3 Tu consumo en m^3 de gas equivale: 71 kWh y el precio unitario del kWh es: $290.565

Factor de corrección

Vm: 8	Kp: 0.76865	Kt: 1.00631	Ft: 0.7735		
Vc: 6	Tm: 13.75	Te: 15.56	Pe: 1.01008		
Pa: 0.753	Pm: 0.0234	F^2 pv: 1.0			

Factor de correción: 0.7735

Indicadores de calidad

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





(415)7709998026025(8020)62279578(3900)00000000034070

Somos grandes contribuyentes Resolución vigente a partir de 1 de enero de 2025 Retención en la fuente 4.5% y 11% Autorretenedor de ICA Numeración de Facturación No. Formulario 18764091267057 del 31/03/2025 Facturación electrónica desde N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUM 2.11001000 6. VANTI S.A. E.S.P. NIT 800.007.813-5 Revisor Fiscal Deloitte & Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art 130 de la ley 142 de 1994

Concepto Tecnología y Servicios S.A.S. BIC NIT 830.121.151-0

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

HC	MICROCHIP: SI 900255003231433	FECHA:
26		02-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCION X CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Mechas		Blanco / Negro

ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA	EDAD	PESO	MANEJO ESPECIAL:
		MESTIZO	2A	4.3 KG	SI__ NO X

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

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO___X___COMPRADO_____ADOPTADO ____REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
cenaida Castiblanco Moreno	TV 113C 67B 49	3115775462

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
39.747.595.	lucero201107@hotmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Engativa	2	ENGATIVÁ

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

3. ANAMNESIS

Buena salud parto hace 46 días

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Julio 2025	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:
120 l/m	30 r/m	38.7 ºc	2 seg	Rosada

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.)	0,5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,17 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	ILEEN 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

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: Carlos Castro Soc. | Nro de Identificación: 3917477595

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 **39.747.595**

CASTIBLANCO MORENO
APELLIDOS

CENAIDA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAR-1967**
SUBACHOQUE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-MAY-1985 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

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:
pse



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:
pse

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* · Davivienda Davivienda* · 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 cancelos con cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

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

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

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7048/27082025 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 televisor, calentador a gas, moto y mucho más, y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.800.000

vanti Listo



Sin trámites
Sin papeleo
Sin experiencia crediticia

Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.
Cupo hasta de
$8.000.000
en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.
Extracupo hasta de
$2.000.000
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 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, consúltalo 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/

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

412
0011760135188005000
98566
P12GN
C1

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago **62918886**

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
03 Dic. 2025	04 Dic. 2025	Oct. - Nov. 2025	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	37.398,96
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

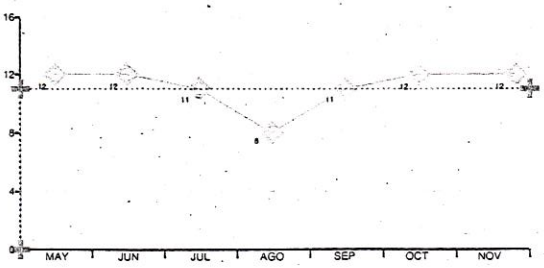
Total a pagar (1 + 2 + 3)

$23.480,0

Paga por pse

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 $ 2741.69

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 Oct. 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 $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	
.p: 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: 142 kWh y el precio unitario del kWh es: $165.346

Factor de corrección

Vm: 16	Kp: 0.76826	Kt: 1.00627	Ft: 0.77308	
Vc: 12	Tm: 13.76	Te: 15.56	Pe: 1.01008	
Pa: 0.753	Pm: 0.023	P³ pv: 1.0		

Factor de corrección: 0.77308

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)62918886(3900)00000000023480

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios mediante Resolución No. 4559 del 17 Jul 1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764091287057 del 31/03/2025 Facturación electrónica 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
Canopi Tecnología y Servicios S.A.S. BIC NIT 900.321.151-0
Somos grandes contribuyentes resolución número 000012 de 2024 Retenedores de IVA. Autorretenedores

Alcaldía Local de Engativá

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

HC: 27	900255003224465	FECHA: 02-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dulce.			COLOR: gris.	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA mestizo	EDAD 6m	PESO: 2.6 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____COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO X PERRO DE CUADRA____OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Delfina Maria Bravo Gonzalez	DIRECCION CL 70B No 92-44.	TELEFONO 3125345068
CEDULA: 36537618.	CORREO ELECTRÓNICO: 3125345068@sincorreo.com.	
BARRIO O VEREDA los alamos / 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: X
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: 124 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 37,9 °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	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,18 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	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alcaide Ferrero 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:
	3653618

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 **36.537.618**

BRAVO GONZALEZ

APELLIDOS

DELFINA MARIA

NOMBRES

Delfina Bravo

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **20-JUN-1956**

VENADILLO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

31-AGO-1977 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00167989-F-0036537618-20090810 0014742155A 2 1490018513

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.

BOGOTÁ

Denuncia el hurto de tapas y rejillas de alcantarillado

aseo

Período facturado Aseo: SEP/01/2025 - OCT/31/2025

Código del proveedor: 4936782955

10163799

El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato 10539420
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos: 10428821515
Número de esta factura de servicios públicos

Valor Venta: $286.670

Producto: Facturas Acueducto

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000

Histórico de vigencias cobradas

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas	
0.0635	0.0398	

Días liquidados	1	2	61
	$121.305	$127.128	$129.680

La tarifa incluye subsidio o aporte*

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$147.427	Ajuste a la decena -credito-	$3-
Subsidio	$22.114-		

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$125.310
Aporte (+)	00%	Total Ingresos del periodo	$125.310
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

Datos del usuario

Tipo de producto: RESIDENCIAL — Estrato: 3

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 no aprovechables	Valor base aprovechamiento
72.639,46	35.075,60	154.680,98

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

Horario de Atención

BOGOTÁ 901144843-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

Fecha: 2025-10-31

Hora: 11:39

RECIBO DE VENTA

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: B2 RUTA: B22040

BIMESTRAL

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Cuenta contrato 10428821515
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado AGO/10/2025 - OCT/08/2025

Pago oportuno NOV/13/2025

Suspensión NOV/19/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/08/2026	OCT/28/2025 07:13:01	OCT/28/2025 11:45:18

¡Hola!

Factura a nombre de

DELFINA MARIA BRAVO GONZALEZ

Dirección del predio

CL 70B 92 44

Barrio: LOS ALAMOS **Localidad:** ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca WATERTECH ITALIA **Tipo** VELO015T2
Serie 09-9122949 **Diámetro pulgadas** ½

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

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

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

cadena. NIT. 830.930.524-0

Tu consumo en ste período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 22 m³



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

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

En este período	Promedio al día
21.000	350

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	2208	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	2187	Base promedio	
Tu consumo este período	21	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	WATERTECH ITALIA	Tipo	VELO015T2
Serie	09-9122949	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 (A)	+	Alcantarillado (B)	+	Otros cobros (C)	+	Aseo (G)	=	Total a pagar
$82.662,79		$78.697,13		$0		$125.310		$286.670

Consulta el detalle de estos cobros en las demás columnas de esta factura

Consultá 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

refácil

CUDE (Código Único de Documento Electrónico) e97cfdc9d2f974d5cdaea020ecd8ee0821e738537b2c25d5fa758c4944d8e5446140b2e0b150b1ead76d8e694c975905

RECIBO DE VENTA

Fecha: 2025-10-31

Hora: 11:39

Codigo: 4936879295

Codigo del proveedor: 101637991

NRO: 1113822515

Valor Venta: $286.670

Producto: ACUEDUCTO DE BOGOTA

Id comercio: 15227

No. terminal: 4081

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	$9.688,98	-15	$2.906,69-	$16.470,96		2,00	$4.605,36	-15	$1.382-	$3.914,56	$7.828,72
Consumo residencial básico (m³)	21,00	$3.708,23	-15	$11.681-	$3.152,00	$66.191,83	21,00	$3.970,21	-15	$12.506-	$3.374,68	$70.868,41
Consumo residencial superior básico (m³)												
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$14.588-		$82.662,79				$13.888-		$78.697,13

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

Tasas ambientales

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$24,66	$84,63
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$517	$1.777

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 937 de 2024)

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Subtotal	

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/cadebogota

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

Aseo
Valor a pagar
$125.310

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)104288215158(3900)000000125310

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$161.360

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

DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1100100010 EAB-ESP
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

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

Expiry-Date:2030/09/02
900255003231223

HC	MICROCHIP:	FECHA:
28		02-12-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

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

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X _REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Sharon Brigitte Castaneda Tequia	Kr 86B 69A 47	3153428927
CEDULA: 1014265220	CORREO ELECTRÓNICO: bridkw.10@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA Florida Blanca / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachillerato / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud.

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/R	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: JULIO 20/25

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:
176 l/m	32 r/m	38.2 ºc	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,24 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,13 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ———

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Felipe Suarez Medico 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:
Sharon Brigitte Castañeda	1014265220

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 **1.014.265.220**

CASTAÑEDA TEQUIA
APELLIDOS

SHARON BRIGITTE
NOMBRES

sharon Brigitte
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-MAY-1995**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-MAY-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00838459-F-1014265220-20160702 0050330776A 1 1273980088

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Carrera 9 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1934921-1**

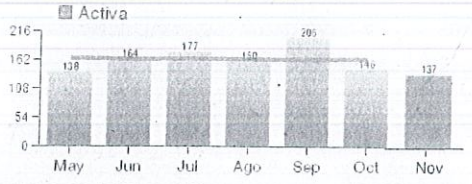
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 371858800-2

ANA BEATRIZ SOPO DE TEQUIA
KR 86 B NO 69 A 47
INT 10
BOGOTA, D.C. - FLORIDA BLANCA

01 515 7321 / 1582904

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $816,83

CONSUMO DIARIO: 4,28 kWh

VALOR DIARIO: $3.007

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 155 kWh

PERÍODO FACTURADO: 26 SEP/2025 A 27 OCT/2025 | **DÍAS FACTURADOS:** 32 | **CONSUMO MES** 137 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.

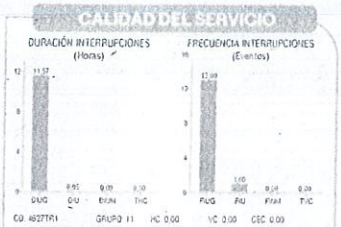
*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

Marca registrada de Fácil Crédito Codensa, vigilada Superintendencia Financiera de Colombia. Codensa S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aplican términos y políticas de crédito, ver en codensa.com/credito-facilcodensa.com

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	7,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005015157321
RUTA LECTURA:	3501507037I
MANZANA DE LECTURA:	MS00562168
MEDIDOR NO:	1582904
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO 4627TR1 | GRUPO 11 | HC 0.00 | VC 0.00 | CEC 0.00
PERIODO 2025/09 | Dt 258.44 | Ct 205.00000 | MC 0.00 | MF 1.00 | %t 0.20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/that-de-atencion
316 890 8003 (Elena Bot a paso Asesor)
Enel Colombia | @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140065 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, efecti, Reval, Zippy, Servibanca, Su Red Amiga, MOVIRED, punto red, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel Oficinas Civa, Girardot y Facatativá

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el despranchable del teléfono. 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: FR17-4627TR1 - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3511 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No 0547 de 25 de enero 2002. IVA Regimen Comun. CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1999.

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

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 15/11 consultar www.enel.com.co

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 01/11/2025 02:05:54
FECHA EXPEDICIÓN: 01/11/2025 15:11:09

CUDE: 360b5ba4b668e41957c5231105360ee2fd1f10c66f074d044d4b38c5f858bda6d6da5428b0a1a90d323a8e1eb3293b

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.212-8
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

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

HC	MICROCHIP: SI 900255003231427	FECHA:
29		02-12-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Sombra		Negro

ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA	EDAD	PESO:	MANEJO ESPECIAL:
		Mestizo	8M	3.5 KG	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:	DIRECCION	TELEFONO
Juan Esteban Castaño Velasquez.	Kr 112A Bis 71C 78.	3003537847

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1000695578	3003537847@sincorreo.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Villas de Alcala	2	ENGATIVÁ

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
136 l/m	30 r/m	37.6 ºc	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	——— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.25 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		FIRMA
	Dr. Felipe Su... Medico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Ferro T.P. 47661 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:
	1000695 578

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

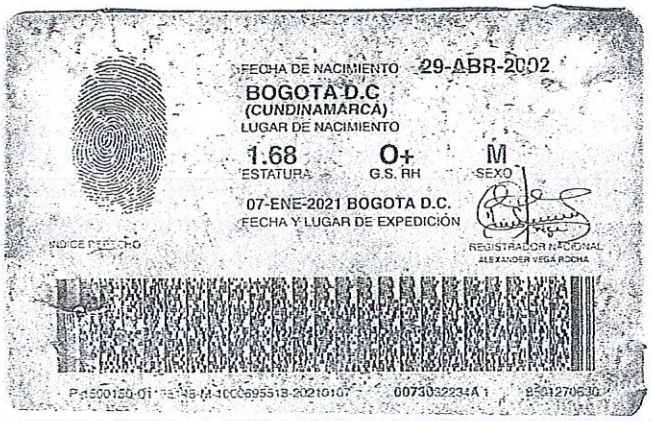
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL ☐

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 1.000.695.518
CASTAÑO VELASQUEZ
APELLIDOS
JUAN ESTEBAN
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 29-ABR-2002
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
07-ENE-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO

enel | Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2179146-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 372545353-8

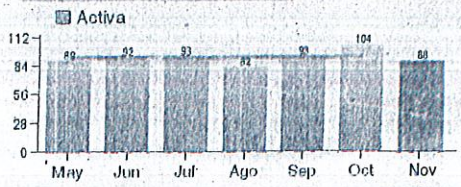
CLIENTE

NOHORA ROCIO RUBIANO VENEGAS
KR 112 A BIS NO 71 C 18 AP CASA 151
0
BOGOTA, D.C. - VILLAS DE ALCALA.

04 507 8431 / 22265505

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $818,83

CONSUMO DIARIO: 2,93 kWh

VALOR DIARIO: $1.414

PERÍODO FACTURADO: 01 OCT/2025 A 30 OCT/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 88 kWh

CONSUMO PROMEDIO DIARIO ÚLTIMOS 12 MESES: 92 kWh

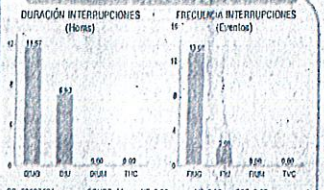


¡Ahora nos vimos! Accede a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	5,53
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005045078431
RUTA LECTURA:	35045101650
MANZANA DE LECTURA:	MS00566804
MEDIDOR NO:	22265505
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 60887781 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0.00 CEC: 0.00
PERIODO: 2025 09 DI: 358.44 CI: 83.00000 MC: 0.00 MF: 1.00 *Lt: 0.20
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/solicitudes
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
318 890 8003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115	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

Billeteras Virtual: dale!, MOVII, Nequi, Ipaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Gaseosa, El Reval, MOVIRED, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Código QR

Almacenes de Cadena: Alkosto, Metro

Si pagará en un corresponsal bancario, exija al desprendible del talonario. El sello del corresponsal no es un soporte válido ante un reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: SEP/2025
G: $284,58 T: $51,66 D: $305,19 CV: $77,00 PR: $59,90 R: $30,50 CF: $0,03 / $818,83 Costo kWh Mes



GRUPO: 11 CIRCUITO: BL36-59687781 - 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 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 9051 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a nuestra 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 presten 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: 06/11/2025 01:12:43
FECHA EXPEDICIÓN: 06/11/2025 15:06:10

CUDE: 659cc2f30f915b6d28bce5442d1a706f6fd4e962a9d286552cdbeef355f1482bbb81e42845a8460bce2c3b5111bf0558834c

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

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.006.643-3.

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

Expiry-Date:2030/09/02
900255003224223

HC		FECHA:
30		02-12-2025.

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Iza		Blanco-Pardo.

ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 2A	PESO: 3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X.

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

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X_REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Alba Disneida Garces Gomez.	AK 70 74D 37-03	3134922221

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
39 747 394	3134922221 @sin correo. com.

BARRIO O VEREDA Bonanza	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Primaria.	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO__RURAL_

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Nov 2025	N/R.	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: 24-10-2025.

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: 128 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 37.6 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,21 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 ACEPTACIÓN/RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Felipe Suárez Medico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Atehortua Torres T.P. 47661 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:
Alba	39747594.

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 39.747.594
GARCES GOMEZ

APELLIDOS
ALBA DISNEIDA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-AGO-1966
CHITARAQUE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA
A+ G.S RH
F SEXO

27-MAY-1985 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00202124-F-0039747594-20091207 0018755007A 1 1200034287

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 de Bogotá · GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda plata · dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

¡Hola!

ROSA CECILIA FULLA
AK 70 74D 37 03 00302 - BONANZA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007114-1038627

Lote: P05GN **Ruta:** 0011410024310005600 **Código del Sector:** 227

Cuenta o referencia de pago 62279578

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



vanti

Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.
Cupo hasta de
$8.000.000
en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.
Extracupo hasta de
$2.000.000
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 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, 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.

227 0011410024310005600 P05GN 28406 A C1

factura de gas | Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago **62279578**

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 Pago oportuno	2 Fecha de suspensión	3 Periodo facturado	4 Emisión de tu factura
25 Nov. 2025	26 Nov. 2025	Oct. - Nov. 2025	11 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	6M3	2.741,69	0,00	16.450,14
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,14	0,00	0,14
Vanti Max Gas 2	1UN	11.294,12	2.145,88	13.440,00

1 — Total **$34.070,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

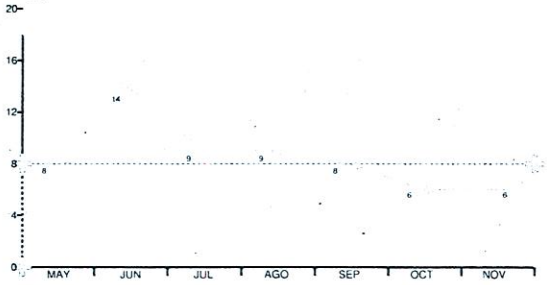
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$34.070,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
06 Oct. 2025	876	REAL
08 Nov. 2025	884	REAL

m³ corregido= 884 - 876 * Factor de corrección = 6

Tu próxima lectura será

Entre 02 y el 07 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

30 Abr. 2030

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 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
.p: 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: 71 kWh y el precio unitario del kWh es: $290.565

Factor de corrección

Vm: 8 Kp: 0.76865 Kt: 1.00631 Ft: 0.7735
Vc: 6 Tm: 13.75 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.0234 F² pv: 1.0

Factor de correción: 0.7735

Indicadores de calidad

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





(415)7709998026025(8020)62279578(3900)00000000034070

Bienes gratuitos comunicaciones mayúsculas vocales sostenible derechos reservados vanti S.A. E.S.P. Resolución No 4959 del 17-Jul 1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 187640912870S7 del 31/03/2025 Facturación electrónica desde N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUIR # 11001000 6. VANTI S.A. ESP. NIT. 800.007.813-5. Revisor fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art 130 de la ley 142 de 1994
Consejo Tecnológico y Servicios S.A.S. BIC
Nit 830.321.151-0