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

HC	MICROCHIP: 900255003231197	FECHA:
35		14.12.25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN X CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:				COLOR:	
Hbrus				Negro blanco	
ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA__MACHO X	RAZA Pitbull	EDAD 2 años	PESO: 22 KG	MANEJO ESPECIAL: SÍ X NO__	
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO____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
Jhon Jairo Gutierrez Prieto	Kr 94 H 85-7	3158858209
CEDULA: 1012 916 199	CORREO ELECTRÓNICO: Jairo.gutierrez.08@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Quirigua	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
NIA	NIR	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. X II. III. IV. V. VI. E. CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
120 l/m	28 r/m	38.3 °c	1 seg	Rosada

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	26 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.8 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	7 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.88 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. Gina Paola Rodriguez G

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

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:
Jairo Gutierrez	1012916199

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.012.916.199



Apellidos
GUTIERREZ PRIETO

Nombres
JHON JAIRO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.75	M

Fecha de nacimiento
08 JUN 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
30 JUN 2023, VILLAVICENCIO

Fecha de expiración
04 JUL 2033

Firma
Jairo Gutierrez

.CO

023861525

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL023861525052001<<<<<<<<<<<
0506085M3307043COL1012916199<5
GUTIERREZ<PRIETO<<JHON<JAIRO<<

Se le suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se reconecte, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y de entrarse de consumo. Como consumidor puedes presentar un recurso en reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los 15 días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con las reclamaciones de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE

Tan fácil tenerla

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco Agrario · GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Compra · 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. 800.058.812-8 7/06/2026 VANTI

¡Hola!

NOHORA INES LINARES
KR 94H 85 7 - QUIRIGUA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5037101-59159

Lote: P13GN Ruta: 0011460197800005000 Código del Sector: 347

Cuenta a referencia de pago 61749658

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 5.300.000

Remitente: VANTI
NOHORA INES LINARES
KR 94H 85 7
BOGOTA
Cuenta: 61749658
41779

01151311210417 79

vanti Listo

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

Cupo hasta de $3.000.000 en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.

Extracupo hasta de $2.000.000 exclusivo para motos.

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

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP. Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP. Gas Natural del Oriente S.A. ESP. y Quimbaya S.A. ESP. Vanti Listo se refiere a un producto que identifica el conjunto de productos financieros ofrecidos por el Grupo Vanti. Aplican condiciones de un crédito de libre inversión. Consúltalas en grupovanti.com/vantilisto

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago: 61749658

BOGOTA

NIT: 800.207.813-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	13M3	2.741,69	0,00	35.641,97
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	-2,97	0,00	-2,97
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protecc	0	18.671,00	0,00	18.671,00
Vanti Max Antiguo	1UN	11.294,12	2.145,88	13.440,00
Reconexion por pago residencial-py	1UN	71.000,00	0,00	71.000,00

1 – Total $142.930,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

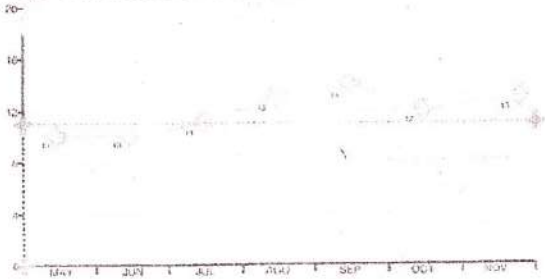
3 – Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $142.930,0

Paga por

Escanear el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
17 Oct. 2025	4354	REAL
19 Nov. 2025	4371	REAL

m³ corregidos= 4371 - 4354 * Factor de corrección = 13

Tu próxima lectura será

Entre 13 y el 18 de Diciembre

Novedades de tu factura

Estimado cliente recuerde que tiene entre Ago/2025 y el 31/01/2026 para realizar la Revisión Periodica. Se suspendera el servicio a partir del 01/02/2026 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revision y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ene. 2026

La revisión de la instalación interna es de responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente. *Resoluciones 059 de 2012 y 41365 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: 1439.91 Tm: 632.89 Dm: 599.2 Cm: 2741.69
Si: 70.7 Cmm: 0.0 Cuvm: 4180.0 Cuvmt: 2741.69
Com: 0.0 Fpcm: 42.812 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjtm³/T: consumo en m³ de gas equivale: 154 kWh y el precio unitario del kWh es: $258.584

Factor de corrección

Vm: 17 Kp: 0.76865 Pb: 1.00627 Fr: 0.77347
Vb: 13 Tm: 13.75 Tb: 15.56 Pc: 1.01008
Pa: 0.753 Fm: 0.0214 Fpvt: 1.0

Factor de corrección: 0.77347

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPIE: 100.0



(415)7709998026025(8020)61749658(3900)00000000142930

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. NUEVA TARIFA VIGENTE DESDE EL 1 DE NOVIEMBRE DE 2025. VANTI S.A. ESP. NIT 800.207.813-5. Resolución No. 4955 del 31 de diciembre de 1998. Autorización de Vanti S.A. ESP como Comercializador de Gas Natural por Red de Tubería en el Área de Influencia de la Red de Transmisión Nacional y Troncal de Gas Natural, según lo establecido en la Ley 142 de 1994. Esta factura presta mérito ejecutivo conforme a lo dispuesto en la Ley 142 de 1994.
Consulte tu factura en www.grupovanti.com
Servicio de Atención al Cliente: 601 5139115
Línea gratuita nacional: 018000 919515

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
36	900255003234608	14.12.25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Coco			COLOR: Blanco Amarillo	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Shihtzu	EDAD 9 meses	PESO 5,1 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___	

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO Nacido en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: John Alexander Pabon Agudelo	DIRECCION Dg 86a 101-40	TELEFONO 3148219110
CEDULA: 80 060 519	CORREO ELECTRÓNICO: angelinayulieth@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA Bochica II — ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Profesional	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL ___	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
NIA	08.25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
120 l/m	20 r/m	38,0 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,7 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 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	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso 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:
	80060519

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 **80.060.519**

PABON AGUDELO

APELLIDOS

JOHN ALEXANDER

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **30-NOV-1978**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

30-ENE-1997 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-3102200-00164462-M-0080060519-20090727 0013960070A 1 3080104769

Denuncia en cualquier situación que atente contra la disponibilidad de tus servicios públicos:

- Hurto o atentado de medidores, tejillas y tapas.
- Cajas o tapas levantadas o inexistentes
- Manipulación de cajas, tapas, tejillas, medidores.

Evita riesgos de accidentes, no te acerques a cables caídos, no intentes manipular el medidor, no arrojes basuras ni escombros en la red de alcantarillado.

Si detectas alguna anomalía en el servicio de acueducto y alcantarillado, comunícate con nosotros a través de nuestros canales de atención.

Recuerda que el servicio de aseo se factura de forma bimestral

aseo

Período facturado Aseo
SEP/22/2025 - NOV/20/2025

Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
11157909

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
41436710119

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

Datos del usuario

Tipo de producto:	RESIDENCIAL			Estrato	3
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0.230
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.
Frecuencia Barrido:	03	Frecuencia Recolección:	03	%Participación	0.32

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT	Costo variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento	
35.733,05	12.779,49	154.680,98	

Valor Aseo	$114.520	15%	
Total Ingresos del periodo	$57.800	00%	

Ingresos que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Cargo	$67.893	Interés mora	$94
Subsidio	$10.184-	Ajuste a la decena -credito-	$3-
Total	$56.720		

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 | 0.0285

Histórico de vigencias cobradas

Días liquidados			
60	$56.680	$56.054	$55.094
	1	2	3

La tarifa incluye subsidio o aporte

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: H2 RUTA: H22302 BIMESTRAL

11157909
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

41436710119
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado AGO/29/2025 - OCT/27/2025

Pago oportuno **Inmediato** Suspensión **Inmediato**

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/26/2026	NOV/15/2025 05:26:33	NOV/15/2025 08:23:33

¡Hola!

Factura a nombre de
RAFAEL H SAAVEDRA F

Dirección del predio
DG 86A 101 40 IN 17 AP 601

Barrio: BOCHICA II 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 AQUAFORJAS Tipo VOLU015C
Serie AB993165 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

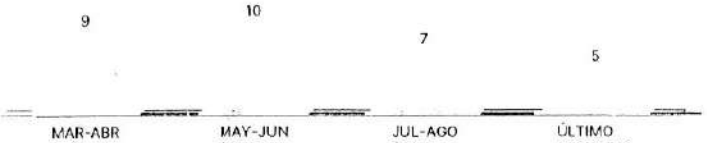
Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena.

7284 61243 30196

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 9 m³



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

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

En este período	Promedio al día
5.000	83

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	2421	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	2416	Base promedio	
Tu consumo este período	5	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	AQUAFORJAS	Tipo	VOLUMEN
Serie	AB993165	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

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

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros	+	Aseo
$32.556,91		$24.963,88		$69.368		$114.520
A		B		C D E F		G

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

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período = **Total a pagar** $241.410

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): eb01192aef18aebc322fef1b0d134931e01fbfa9a20590d7cdd7ac2aa023e5c215edf29412941258fb138850d1f4b541

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.781,08	-15	$2.934-	$8.313,92	$16.628,16
Consumo residencial básico (m³)	5,00	$3.747,95	-15	$2.811-	$3.185,76	$15.928,75
Consumo residencial suprior básico (m³)	.					
Cargo fijo no residencial (mes)	.					
Consumo no residencial (m³)	.					
Subtotal				$5.745-		$32.556,91

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.649,14	-15	$1.395-	$3.951,77	$7.903,28
Consumo residencial básico (m³)	5,00	$4.014,32	-15	$3.011-	$3.412,17	$17.060,60
Consumo residencial suprior básico (m³)	.					
Cargo fijo no residencial (mes)	.					
Consumo no residencial (m³)	.					
Subtotal				$4.406-		$24.963,88

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

Tasas ambientales

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$25,41	$90,26
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$127	$451

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

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$2-
I-intereses de mora	$790
Subtotal	788

D Cobros a terceros

Concepto	V
Subtota	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Saldos anteriores

cepto	Valor
a anterior	$68.580
otal	$68.580

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

puntored · tpaga · RappPay · Nequi

Red CADE Consulta ducc.com.co y ubica el punto de tu preferencia en: www.pagala.gov.co/servicios/cade

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

dale · Punto pago · efecty · puntored

...nos con los siguientes bancos: Popular, Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Bbva, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y City

Aseo
Valor a pagar
$114.520

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si paga con cheque, girar dos cheques únicamente de gerencia a nombre de 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)4143671011996(3900)0000000114520

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$126.890

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor cajero: Si en el desprendible de aseo aparece sello y sticker de reclamación, recibir solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

(415)7707200465271(8020)4143671011996(3900)0000000126890

7284

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO: 1100-000-10 EAB-ESP

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

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

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

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

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

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

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

Yo Jhon Pabon, identificado con cédula de ciudadanía número 80060519, de Bta autorizó el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino ☐ felino ☐ de Nombre Coco Raza Shitzu Edad 9 mes

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

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

FIRMA TUTOR RESPONSABLE:

FECHA: 14-12-2025
JORNADA # esterilización
UBICACION Quirigua

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

HC: 37	MICROCHIP: 900255003231379		FECHA: 14.12.25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Arkan			COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 6 meses	PESO 9,1 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR__ CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO OTRO__	

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO X COMPRADO__ ADOPTADO__ REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Anais Pedroza Perez	DIRECCION: cl 86a 95c-16	TELEFONO: 3243468219
CEDULA: 52 342 965	CORREO ELECTRÓNICO: anaispedroza94@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Ciudad Bachue	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: 11.25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI__ NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	100	l/m	F. RESPIRATORIA:	20	r/m	TEMPERATURA:	38,0 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,2 ml. IM	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,4 ml. IM	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.36 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Anais Pedroza	52342965

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:



FECHA DE NACIMIENTO **06-NOV-1975**

SANDOVAL
MARGARITA (BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

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

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01270550-F-0052342965-20211203 0077074739A 1 8503410321

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.342.965**
PEDROZO PEREZ

APELLIDOS
ANAIS

NOMBRES

Anais Pedrozo Perez

FIRMA



Para el reparto ZONA: 2 CICLO: F2 RUTA: F22201 BIMESTRAL

10470188
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

13848222512
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado AGO/21/2025 - OCT/18/2025

Pago oportuno NOV/25/2025 Suspensión NOV/28/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/19/2026	NOV/06/2025 06:55:06	NOV/06/2025 12:31:58

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

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

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

¡Hola!

Factura a nombre de
IBETH PEDROZO PEREZ

Dirección del predio
CL 86A 95C 16 IN 209

Barrio: CIUDAD Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor
Marca C.W.M. Tipo VELO0158
Serie REPE-0018642 Diámetro pulgadas ½

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.

1013

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

aseo

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

Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
10470188

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
13848222512

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Recliazo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables	Aforadas - no aforadas
0.0635	0.0380	

Histórico de vigencias cobradas

Días liquidados	Tarifa	Subsidio	Valor
61	$42.393	$28.201-	$45.342
1	$44.440	$73.002	$44.440
2		Aseo residencial	$3

La tarifa incluye subsidio o aporte*

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$73.002	Ajuste a la decena -credito-	$1-
Subsidio	$28.201-		

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$43.800
Aporte (+)	00%	Total Ingresos del periodo	$43.800
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo recaudo para el D.C. en el periodo actual	

Datos del usuario

Tipo de producto: RESIDENCIAL Estrato: 2
Und. Res. Ocupada: 1 Und. No Res. Ocupada: 0 Densidad 0.000
Und. Res. Desocupada: 000 Und. No Res. Desocupada: 000 Volumen 0.00
Frecuencia Barrido: 03 Frecuencia Recolección: 06 %Participación 0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT	Costo variable no aprovechables	Valor Base aprovechamiento
36.319,73	16.826,56	154.680,98

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

Denuncia en la línea 195
cualquiera de las siguientes situaciones. Así protegerás la disponibilidad de tus servicios públicos:

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

El hurto relacionado de infraestructura afecta contra la disponibilidad permanente de agua y ocasionalidad y puede poner en riesgo la salud de los ciudadanos en el servicio.

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 12 m³

FEB-ABR	ABR-JUN	JUN-AGO	ÚLTIMO CONSUMO
12	12	12	12
$69.521	$70.975	$70.967	

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

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

En este período	Promedio al día
12.000	203

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	2075	Facturado con	Consumo prom histórico
Lectura anterior	2056	Base promedio	Historico Mismo Usuario
Tu consumo este período	12	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	C.W.M.	Tipo	VELO0158
Serie	REPE-0018642	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
$38.551,32		$34.323,16		$26.834-		$43.800
A		B		C D E F		G

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

Consulta el detalle atrás

Escanea y paga virtual

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

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

= **Total a pagar** $89.839

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 0a616838715cdd0d025757ba3ee1ad594511c704bed080bf69937f736dc1184ba2217000ae0001a9978fe3334f2c1a05

Detalle de tu consumo este bimestre

	A Acueducto						B Alcantarillado					
	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.741,40	-40	$7.793-	$5.844,84	$11.689,80	2,00	$4.630,28	-40	$3.704-	$2.778,17	$5.556,56
Consumo residencial básico (m³)	12,00	$3.730,71	-40	$17.907-	$2.238,42	$26.861,52	12,00	$3.995,30	-40	$19.177-	$2.397,18	$28.766,60
Consumo residencial superior básico (m³)	.						.					
Cargo fijo no residencial (mes)	.						.					
Consumo no residencial (m³)	.						.					
Subtotal				$25.700-		$38.551,32				$22.881-		$34.323,16

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

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$17,67	$62,00
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$212	$744

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada periodo facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Acuerdo 812 de 2021)

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$3-
D-ben. mín. vital total	$26.861-
I-intereses de mora	$30
Subtotal	26.834-

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 en www.bogota.gov.co/cadevirtuales

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

Aseo
Valor a pagar
$43.800

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO
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)7707200489986(8020)138482225125(3900)000000043800

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$46.039

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PUBLICO 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)138482225127(3900)000000046039

DOMICILIARIOS NO. UNICO DE REGISTRO - 1100-000-10-EAS-ESP
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
38	900255003231654	14.12.25

ORIGEN : CES X PROTECCIÓN ___ CALLE ___ ASENTAMIENTO ___ HABITANTE DE CALLE ___ COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Orion			COLOR: Blanco	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA French Poodle	EDAD 2 años	PESO: 4,5 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Estefani Yaneysi Cerrano Ramirez	DIRECCION Kr 80a 76-50	TELEFONO 3208052739
CEDULA: PPT 1401914	CORREO ELECTRÓNICO: ryce8111@gmail.com	
BARRIO O VEREDA la Granja / ESTRATO: 0	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/A	N/R	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: 05.25
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
120 l/m	20 r/m	38,0 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	7401944

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
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 1401914

CERRANO RAMIREZ
APELLIDOS

ESTEFANI YANEYSI
NOMBRES

COL

VEN F
NACIONALIDAD SEXO

23718111
DM No.

24-10-1995
FECHA DE NACIMIENTO

30-11-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

FIRMA



E1303534

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL1401914<<2<<<<<<<<<<<<<<<
9510249F3105308VENE1303534<<<7
CERRANO<RAMIREZ<<ESTEFANI<YANE

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0574279-2**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 375159999-9

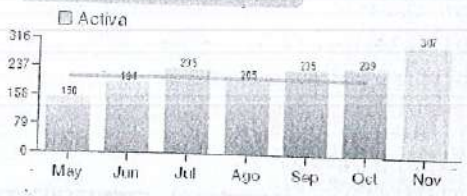
CLIENTE

FRANCY MILENA FORERO YEPES
KR 80 A NO 76 50
BOGOTA, D.C. - LA GRANJA

19 504 8115 / 6911

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO	$820,96
CONSUMO DIARIO:	9,59 kWh
VALOR DIARIO:	$9.451

PERÍODO FACTURADO: 24 OCT/2025 A 24 NOV/2025
DÍAS FACTURADOS: 32
CONSUMO MES 307 kWh
CONSUMO PROMEDIO 6 MESES 270 kWh

Para más tarifas, horarios y LECTURA DE TU MEDIDOR y TU CONSUMO de mes en tiempo real, descarga la App Enel Clientes Colombia o ingresa a www.enel.com.co



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Industrial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	8,33
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005195048115
RUTA LECTURA:	35195090211
MANZANA DE LECTURA:	MS00561016
MEDIDOR NO:	6911
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



DO 36,68 THI
PERIODO 2025 09
GRUPO 11 FC 0,60 NC 6,00 CEC 0,00
Dr 257,15 CF 228,00000 NO 0,00 SF 1,00 %E 0,23
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

CONTÁCTANOS

Trámites y actividades enel.com.co/es/personas/tradicionales
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
318 890 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

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

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

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel Centros de Servicio Chía, Girardot y Facatativá

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: OCT/2025
G: $290,48 T: $52,97 D: $307,93 CV: $76,60 PR: $60,36 R: $26,55 CF: $0,00 / $823,86 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: MRS-2048 [TH] - 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 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 estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Coordinador 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 Emaresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura da cobro parcial mínimo efectivo 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 modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, 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.



Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en:
www.enelxstore.com/co/es sección "Comparto mi energía"
Aporte sugerido: $30.244

FECHA GENERACIÓN: 27/11/2025 02:12:22
FECHA EXPEDICIÓN: 27/11/2025 21:57:09

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.095.812-8. Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciera - NIT 890.321.151-0

LAUR: 0904a1e0e0d3835f0d6e1e53b5f55bd79dc6ef3cc4e9ae6b186ddd6882213a79f73ac14735 1b2c6827b9f96c6826376

$302.440

$42.500

$344.940

09 DIC /2025

11 DIC/2025

0574279-2

23 DIC /2

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: M

ENERGIA ACTIVA EP	56.182	55.651	397	1	397	397	$820.93	
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$307.93	
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20.00% DEL VALOR FACTURADO							

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $9.451 DIARIOS

SUBTOTAL: $30

Ajustes a la decena

SUBTOTAL: $-2 $-2

Asistencia Protección Luz 360

CUOTA DE UTILIZACION CODENSA H $

$302.440

TOTAL OTROS $42

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSION a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y en cumplimiento contos costos publicados en el pagaré firmado, el costo por concepto de reconexión es hoy a de $111.764

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

ESTIMADO CLIENTE. La tarifa final es de: $820.93

Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

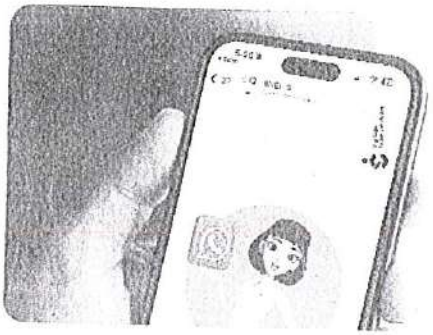
Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003** y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

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 CUENTE
0574279-2

Documento Equivalente Electrónico No.
375159999-9

(415)7707209914233(8020)0105748792375159999(3900)0000000344940

PAGO OPORTUN
09 DIC /2025

TOTAL A PAGAR
$344.940

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO

PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

Expiry-Date:2030/09/02

900255003231194

HC: 39	MICROCHIP: SI		FECHA: 14-12-25

ORIGEN : CES PROTECCION X CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Moises			COLOR: Negro / amarillo
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 8M	PESO: 7.6 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 ___ MIXTO X OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Liliana Escobar Guevara	DIRECCION: Kr 94 H 83-7	TELEFONO: 3183850777
CEDULA: 52777962	CORREO ELECTRÓNICO: Sandrita_72_1@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA: Quirigua	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Tecnico / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: Junio/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___ HEXAVALENTE: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___ RABIA: Sept/25
		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:	100	l/m	F. RESPIRATORIA:	20	r/m	TEMPERATURA:	38.0	ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ←

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.4 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.8 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.32 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. Gina Paola Rodriguez G

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se puedan 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 implantació.

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: Danolvis Liviano Escobar	Nro de Identificación: 52.177.962

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:

Moises 8 meses

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 52.117.962



Apellidos
ESCOBAR GUEVARA

Nombres
SANDRA LILIANA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.52	F

Fecha de nacimiento
13 FEB 1973

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
09 MAR 1992, BOGOTA D.C.

Firma
Sandra Liliana Escobar G.

Fecha de expiración
08 ENE 2031

.CO

000054481

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0000544812150O1<<<<<<<<<<
7302138F3101089COL52117962<<<2
ESCOBAR<GUEVARA<<SANDRA<LILIAN

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

Redebarr, 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.

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 800.096.812-8 7649/27082025 VANTI

¡Hola!

NOHORA INES LINARES
KR 94H 85 7 - QUIRIGUA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5037101-59159

Lote: P13GN **Ruta:** 0011460197800005000 **Código del Sector:** 347

Cuenta o referencia de pago **61749658**

vanti Listo

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

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

Remitente: VANTI
NOHORA INES LINARES
KR 94H 85 7
BOGOTA
Cuenta: 61749658
41779

011513112041779



vanti Listo

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

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

Extracupo hasta de
$12.000.000
exclusivo para motos.

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, consúltalo en grupovanti.com/vantilisto.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

347 0011460197800005000 P13GN

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago 61749658

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	13M3	2.741,69	0,00	35.641,97
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	-2,97	0,00	-2,97
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protecc	0	18.671,00	0,00	18.671,00
Vanti Max Antiguo	1UN	11.294,12	2.145,88	13.440,00
Reconexion por pago residencial-py	1UN	71.000,00	0,00	71.000,00

1 – Total $142.930,00

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

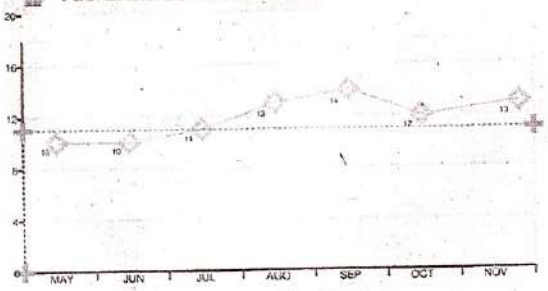
Total a pagar 1 + 2 + 3

$142.930,0

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat.Tres Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
17 Oct. 2025	4354	REAL
19 Nov. 2025	4371	REAL

m^3 corregido= 4371 - 4354 * Factor de corrección = 13

Tu próxima lectura será Entre 13 y el 18 de Diciembre

Novedades de tu factura

Estimado cliente recuerde que tiene entre Ago/2025 y el 31/01/2026 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/02/2026 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ene. 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 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
Pr: 70.7 Cvm: 0.0 Cufm: 4180.0 Cuvm: 2741.69
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjm³ Tu consumo en m^3 de gas equivale: 154 kWh y el precio unitario del kWh es: $258.584

Factor de corrección

Vm: 17 Kp: 0.76865 Kt: 1.00627 Pt: 0.77347
Vc: 13 Tm: 13.76 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.0234 P pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77347

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)61749658(3900)00000000142930

Somos grandes contribuyentes Resolución 000060 Diciembre 27/2013 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4929 del 17 Jul 1998 Autorretenedor de Renta. Retención de Facturación No. Formulario 18764991267957 del 31/03/2025 Facturación electrónica desde N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Entidad regulada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUIR 2.11001000-8. VANTI S.A. ESP. NIT 800.007.813-5 Revisor Fiscal Deloitte & Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Ley 142 de 1994 Consulte tu proveedor y servicios S.A.S. Inc Kit 830 321 151-0

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

HC: 40	MICROCHIP: SI 900255003234611		FECHA: 14-12-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN X CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: COCO			COLOR: Crema
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 7M	PESO: 24.8 KG / MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Marcela Parra Rodriguez	DIRECCION: cl 77 N 122-03.	TELEFONO: 3142444397
CEDULA: 52 475 838	CORREO ELECTRÓNICO: Parrarodriguezdianamarcela@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Villas de Alcala / ESTRATO: 0	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnico / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: NOV/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: mes/año LEUCEMIA: mes/año RABIA: mes/año

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: 120 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38.0 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas	

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	48 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV
	Morfina	0.8 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.96 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	52 475 833 87

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 52.475.838

Apellidos
PARRA RODRIGUEZ

Nombres
DIANA MARCELA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.55	F
Fecha de nacimiento	G.S.	
03 FEB 1978	O+	

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
11 MAR 1998, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
25 AGO 2032

.CO

003121133

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL003121133615001<<<<<<<<<<
7802030F3208254COL52475838<<<3
PARRA<RODRIGUEZ<<DIANA<MARCELA

119296

enel Bogotá

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

earth pact ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **3475360-1**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 376185788-7

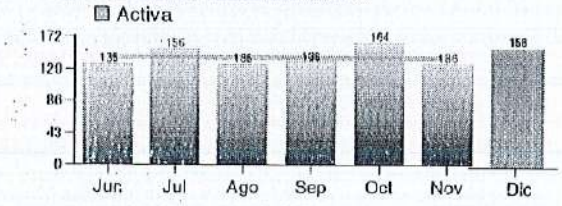
119296

CLIENTE

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

04 502 0656 / 25565461

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $820,96

CONSUMO DIARIO: 4,79 kWh

VALOR DIARIO: $4.717

PERIODO FACTURADO: 31 OCT/2025 A 02 DIC/2025

DIAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES 158 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 144 kWh

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

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

El hurto de energía puede causar accidentes, cortocircuitos y fallas en el servicio.

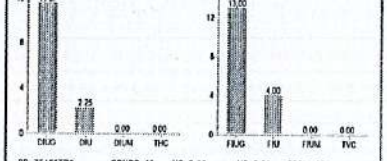
Repórtalo de forma anónima al **601 514 0000** o a través de nuestra página web: **enel.com.co**



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	5,26
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005045020656
RUTA LECTURA:	35045040280
MANZANA DE LECTURA:	MSSF564774
MEDIDOR NO:	25565461
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 7846TRT1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/10 DI: 257,15 CF: 164,00000 NC: 0,00 NF: 1,00 %I: 0,39
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 duchas.

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/indicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
318 680 8003 (Línea 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 6 115 116	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago: APP Banco; Internet; Teléfono Banco; Débito Automático; Cajero Electrónico; APP Enel Clientes Colombia; Botón de pago Online; BotÓn de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: dale!; MOVII; Nequi; tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED; Efecty; Reval; Servientrega; Movired; puntored

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo; Metro

Código QR

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: OCT/2025
G: $295,46 T: $52,97 D: $307,93 CV: $76,68 PR: $60,36 R: $26,56 CF: $0,00 / $820,96 Costo kWh Mes

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en:
www.enelxstore.com/co/es sección "Comparto mi energía"
Aporte sugerido: $15.565

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL21-7546TRT1 - - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

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

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

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 155011 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: 05/12/2025 05:09:34
FECHA EXPEDICIÓN: 05/12/2025 16:06:09

CUDE: 5a3da2c9a3856e84c7f3f9965727f105f50ab4f885a8a7bff84cf175b925ca195b7d94315f9ac6d52958af65d4d70289

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 830.085.221-6.

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
41	900255003231149	14-12-25

ORIGEN : CES X PROTECCIÓN ___ CALLE ___ ASENTAMIENTO ___ HABITANTE DE CALLE ___ COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milan			COLOR: Blanco	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Shihtzu	EDAD 5 años	PESO: 7,4 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 ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Adriana Joaquina Rojas Vega	DIRECCION cl 82b 95c-14		TELEFONO 3204162636
CEDULA: 52 144 977	CORREO ELECTRÓNICO: arjona_213@hotmail.com		
BARRIO O VEREDA Bochica	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Profesional	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL ___		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
N/A	06-25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
100 l/m	20 r/m	38,2 ºc	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,9 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,7 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	Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9715	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Adriana Rojas Vega	52144977

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.144.977**

ROJAS VEGA

APELLIDOS

ADRIANA JOAQUINA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-OCT-1972**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-OCT-1991 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00788368-F-0052144977-20160212 0048332901A 1 1363778572

78476

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0592206-5**

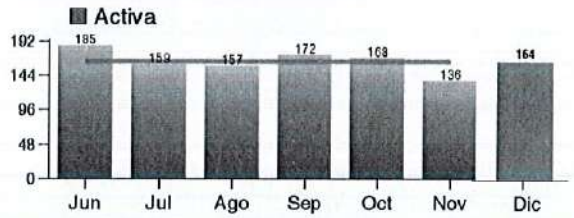
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 376314817-3

CLIENTE

ADRIANA JOAQUINA ROJAS VEGA
CL 82 B NO 95 C 14 BQ 4 IN 11
INT 411
BOGOTA, D.C. - BOCHICA

05 705 7446 / 21399630

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $800,09

CONSUMO DIARIO: 4,97 kWh

VALOR DIARIO: $2.733

PERIODO FACTURADO: 01 NOV/2025 A 03 DIC/2025

DIAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES 164 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 163 kWh

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

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

El hurto de energía puede causar accidentes, cortocircuitos y fallas en el servicio.

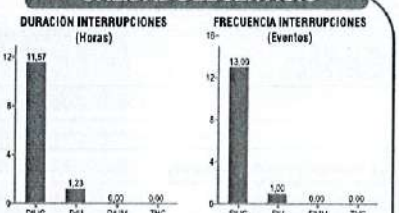
Repórtalo de forma anónima al **601 514 0000** o a través de nuestra **página web: enel.com.co**



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	5,47
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007057057446
RUTA LECTURA:	37057071492
MANZANA DE LECTURA:	MS00563219
MEDIDOR NO:	21399630
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 11774TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/10 DI: 275,15 CF: 168,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

USO SEGURO DE ENERGÍA.

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

CONTÁCTANOS

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

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale!; MOVII; Nequi; tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED; efácil; Reval; Todo para todos; Bancolombia; El servicio de enviar de Colombia; Su Red; MOVIRED; puntored; efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel — Únicamente Chía, Girardot y Facatativá

Almacenes de Cadena: JUMBO; Metro

Código QR

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

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2025
G: $286,96 T: $53,30 D: $294,84 CV: $78,01 PR: $58,82 R: $28,15 CF: $0,00 / $800,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL13-11774TR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

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

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

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

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

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

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 09/12/2025 00:55:09
FECHA EXPEDICIÓN: 09/12/2025 15:07:06

CUDE: e6d11afef261c4d9e49717406e3ec989da5b52ef07477d8e316e614858ea0a2c1e8fcf13e2a1be70710f9763585b54b

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

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-8.

1 Total Energía $90.190 + 2 Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $90.190

PAGO OPORTUNO 18 DIC /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 22 DIC/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0592206-5

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 03 ENE /2026

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	-	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	7.161		6.997		164		1		164	164		$800,09		$131.214
ENERGIA REACTIVA	3.226		3.166		60		1		60	0		$294,84		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $800,0862		X		Beneficio -39,44 %					-$41.026
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2.733 DIARIOS												SUBTOTAL:		$90.188

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$2
SUBTOTAL:	$2

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $90.190

Otros cobros de productos y servicios

enel x

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

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

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

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

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -39.44 %

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 0592206-5

Documento Equivalente Electrónico No. 376314817-3

(415)7707209914253(8020)010592206537631481 73(3900)00000000090190

PAGO OPORTUNO 18 DIC /2025

TOTAL A PAGAR $90.190

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

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

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

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

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

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

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

Yo Adriana Rojas, identificado con cédula de ciudadanía número 52144977, de Milan autorizó el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino [X] felino [ ] de Nombre Milan Raza Shit zu Edad 5

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

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

FIRMA TUTOR RESPONSABLE: Adriana Rojas Vega
52144977

FECHA: 14 Dic 2025
JORNADA # Quirigua
UBICACION esterilizacion

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

HC: 42	MICROCHIP: 900255003231615	FECHA: 14.12.25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lilo			COLOR: Blanco Gris	
ESPECIE: CANINO X FELINO___ SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 4 meses	PESO: 3,5 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: Michel Veronica Pacheco Palacios	DIRECCION Ac 90 87 78	TELEFONO 3229622929
CEDULA: PPT 7652126	CORREO ELECTRÓNICO: michelveronicapachecopalacios@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Los cerezos	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL___	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
NIA	10.25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38,0 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	04 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

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:
Michel Pacheco	7692126

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
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 7652126

COL

PACHECO PALACIOS
APELLIDOS

MICHEL VERONICA
NOMBRES

VEN F
NACIONALIDAD SEXO

33056560
DNI Nro.

15-04-2007
FECHA DE NACIMIENTO

30-10-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

FIRMA

E1450211

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL7652126<<3<<<<<<<<<<<<<<<
0704157F3105308VENE1450211<<<6
PACHECO<PALACIOS<<MICHEL<VERON

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.

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

aseo

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

Cuenta contrato 10211570
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 16569769116
Número de esta factura de servicios públicos

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

Datos del usuario

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

Componentes de tarifas

Costo fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
36.319,73	17.537,80	154.680,98

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$73.713	Ajuste a la decena -debito-	$4
Subsidio	$11.057-		

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

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables	Aforadas - no aforadas
0.0635	0.0398	

Histórico de vigencias cobradas

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

La tarifa incluye subsidio o aporte*

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Responsabilidades fiscales del emisor: Gran contribuyente; Autorretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: F2 RUTA: F22233A

BIMESTRAL

10211570
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

16569769116
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado AGO/21/2025 - OCT/18/2025

Pago oportuno NOV/25/2025

Suspensión NOV/28/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/19/2026	NOV/06/2025 06:54:02	NOV/06/2025 12:46:06

¡Hola!

Factura a nombre de
INSCREDIAL INSCREDIAL

Dirección del predio
AC 90 87 78 IN 10

Barrio: LOS CEREZOS Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Residencial
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 4
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca	WATERTECH ITALIA	**Tipo**	VELO015T2
Serie	09-9156335	**Diámetro pulgadas**	½

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

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

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

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

cadena. Nit. 890.930.534-0

11193 91273 45010

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 81m³



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
78.000	1.322

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	7879	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	7801	Base promedio	
Tu consumo este periodo	78	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	WATERTECH ITALIA	Tipo	VELO015T2
Serie	09-0156335	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
$263.906,18		$272.759,96		$533		$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** $599.860

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): fdc06c5c0b678badba7e9f1620a3855da0ed4c1795fa5a28b6e42aa2d24bcde4368ab09a3f6c25e03941c0840220a5ee

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	× Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	– Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.741,40	-15	$2.922-	$8.280,19	$16.560,80
Consumo residencial básico (m³)	78,00	$3.730,71	-15	$43.650-	$3.171,10	$247.345,38
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$46.572-		$263.906,18

B Alcantarillado

	Cant.	× Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	– Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.630,28	-15	$1.389-	$3.935,74	$7.871,56
Consumo residencial básico (m³)	78,00	$3.995,30	-15	$45.745-	$3.396,00	$264.888,40
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$48.134-		$272.759,96

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

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$25,04	$87,84
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$1.953	$6.851

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

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$3
I-Intereses de mora	$530
Subtotal	533

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

puntopagos · tpaga · RappPay · Daviplata · Nequi · Claro Pay · OXXO · Wuala · dale · App EAAB · Punto pago · Efecty · puntored · Farmatodo

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

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

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)7707200489986(8020)165697691167(3900)000000062660

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$537.200

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)165697691169(3900)000000537200

11103

DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
43	900255003231373	14-12-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Max			COLOR: Amarillo blanco	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 3 años	PESO: 5.6 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angi Liseth Orosco Moreno	DIRECCION Cl 96 92-24	TELEFONO 3222079865
CEDULA: 1014 300 933	CORREO ELECTRÓNICO: angiorozco296@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Bachue / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
N/A	N/R	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/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	20 r/m	38.0 °c	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,8 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.)	0.6 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	024 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez C. Medica Veterinaria MSc T.P. 9715	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:
Angie Ochoa	1014300983

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 **1.014.300.933**

OROSCO MORENO

APELLIDOS

ANGI LISETH

NOMBRES

Angie Orozco

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-OCT-1998**

YOPAL
(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

21-OCT-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01143230-F-1014300933-20200630 0071019541A 1 9912472671

NAL DEL ESTADO CIVIL

igo QR, inscríbete
rtaleza o recíbela
de el próximo mes.

ITA TU
CTURA
N LÍNEA
PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil tenerla
fácil y seguro que te pagarla.

ntidades

SBVA

Bancolombia

Nequi

dale

scripción a débito automático

nnoce nuestras iniciativas

¡Hola!

GIRALDO SANABRIA
CL 96 92 24 08 - BACHUE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007114-963627

Lote: P16GN Ruta: 0011460135400005400 Codigo del Sector: 346

Cuenta o referencia de pago 62221402

Subsanar

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 906.349

vanti

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



12 VIAJES A CARTAGENA

para dos personas todo incluido.

¿Cómo participar?

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

Financia tu compra a 30 meses

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

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

Autorizo
Colilla

CIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7045272682025 VANTI

346
0011460135400005400
P16GN
257715
C1

Vence 24 Sep

Vanti

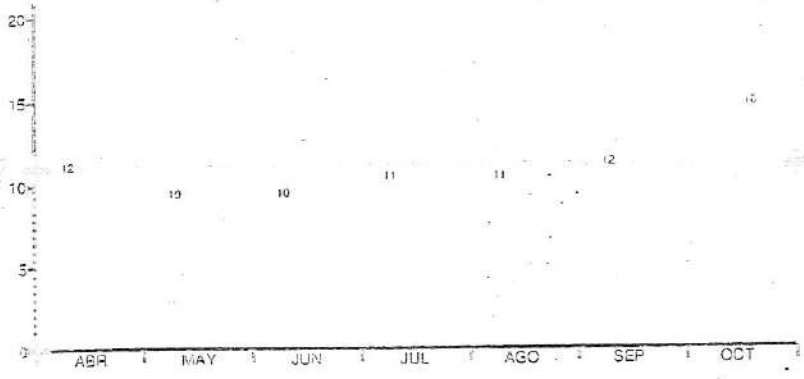
Emisión de tu factura
27 Oct. 2025

	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
,72	0,00	49.531,52
,66	0,00	-18.326,66
,42	0,00	4,42
,00	0,00	11.486,00
,82	0,00	67.444,82
,15	0,00	14,15
,64	0,00	25,64
,12	2.145,88	13.440,00

1 — Total $123.619,89

Intereses B	Subtotal C=A
67.444,82	43.580,11

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Dos Días de consumo 33

Fecha	Lectura	Tipo
18 Sep. 2025	2750	REAL
20 Oct. 2025	2771	REAL

m³ corregidos = 2771 - 2750 * Factor de corrección = 16

Tu próxima lectura será

Entre 18 y el 23 de Noviembre

Novedades de tu factura

CuVe $ 8747,28

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Nov. 2026

Agende la RPO aquí

Tarifas

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

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

...fijada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas - CREG.

Componentes tarifarios

CU=1478,84	Trm: 583,64	Dm: 614,99	Cm: 0,0
...: 70,38	Cuvm: 0,0	Dcvm: 0,0	Scvm: 0,0
Dcv: 0,0	Pcom: 42,55	DcVR: 0,0	DcVRP: 0,0

...m³ consumo en m³ de gas estuvo a 189

...valor del metro cúbico de hoy es de $165.105

Factor de corrección

Vm: 21	Kb: 0,76865	Cr: 1,00627	Fc: 0,77347
Vc: 16	Tm: 13,75	Tb: 15,56	Pz: 1,01005
Fa: 0,753	Pm: 0,0234	Fp: 1,0	

Factor de corrección: 0,77347

Indicadores de calidad

PS: 100,0 DES: 0,0 IC: 100,0 Fin: 100,0

...ABOS NO...

2955d6362fbac30e4dde4220226d5d6963983474 Factura No. F15B67765737

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

HC: 44	MICROCHIP: SI 900255003231181	FECHA: 14.12.25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN X CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Máximo			COLOR: Negro / amarillo	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA MESTIZO	EDAD 7A	PESO: 9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___		

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Liliana Escobar Guevara	DIRECCION Tr 94 H BS-7		TELEFONO 3183850771
CEDULA: 52 717962	CORREO ELECTRÓNICO: sandrita_72_1@hotmail.com.		
BARRIO O VEREDA Quirigua	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/A	JUNIO/25	CANINOS PARVO: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: OCT/25 HEXAVALENTE: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___ RABIA: OCT/25
		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:
120 l/m	20 r/m	38,0 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,1 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,4 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,24 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Sandra Liliana Escobar C.	52.777.962.

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:

MAXIMO 2 1/2 AÑOS

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 52.117.962



Apellidos
ESCOBAR GUEVARA

Nombres
SANDRA LILIANA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.52	F

Fecha de nacimiento
13 FEB 1973

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
09 MAR 1992, BOGOTA D.C.

Firma
Sandra Liliana Escobar G.

Fecha de expiración
08 ENE 2031

.CO

000054481

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL000054481215001<<<<<<<<<<<
7302138F3101089COL52117962<<<2
ESCOBAR<GUEVARA<<SANDRA<LILIAN

SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

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

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

» Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

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

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

¡Hola!

NOHORA INES LINARES
KR 94H 85 7 - QUIRIGUA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5037101-59159

Lote: P13GN **Ruta:** 0011460197800005000 **Código del Sector:** 347

Cuenta o referencia de pago **61749658**

vanti Listo

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

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

Remitente: VANTI
NOHORA INES LINARES
KR 94H 85 7
BOGOTA
Cuenta: 61749658
41779

011513112104177 9



vanti Listo

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

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

Extracupo hasta de
$12.000.000
exclusivo para motos.

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. Aplican condiciones de la política de financiación, consúltelo en grupovanti.com/vantilisto.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

347
0011460197800005000
P13GN

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago 61749658

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	13M3	2.741,69	0,00	35.641,97
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	-2,97	0,00	-2,97
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protecc	0	18.671,00	0,00	18.671,00
Vanti Max Antiguo	1UN	11.294,12	2.145,88	13.440,00
Reconexion por pago residencial-py	1UN	71.000,00	0,00	71.000,00

1 – Total $142.930,00

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

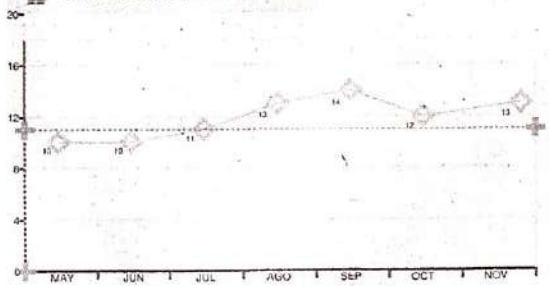
Total a pagar (1 + 2 + 3)

$142.930,0

Paga por PSE

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
17 Oct. 2025	4354	REAL
19 Nov. 2025	4371	REAL

m^3 corregido= 4371 - 4354 * Factor de corrección = 13

Tu próxima lectura será

Entre 13 y el 18 de Diciembre

Novedades de tu factura

Estimado cliente recuerde que tiene entre Ago/2025 y el 31/01/2026 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/02/2026 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ene. 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 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
Pr: 70.7 Cvm: 0.0 Cufm: 4180.0 Cuvm: 2741.69
Com: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m^3 Tu consumo en m^3 de gas equivale: 154 kWh y el precio unitario del kWh es: $256.584

Factor de corrección

Vm: 17 Kp: 0.76865 Kt: 1.00627 Pt: 0.77347
Vc: 13 Tm: 13.76 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.0234 P^3 pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77347

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)61749658(3900)00000000142930

Somos grandes contribuyentes Resolución 002200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4959 del 17 Jul 1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764091267657 del 31/03/2025 Facturación electrónica desde N° 53000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NAN1 2 1101000-8, VANTI S.A. ESP, NIT: 800.097.813-5. 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: 830.121.154-0

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

HC: 45	MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003234605		FECHA: 14-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD ✓

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tobby Andres			COLOR: Negro / Blanco
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 7A	PESO: 27.2 KG / MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Wendy Yirley Paez Suarez	DIRECCION: Tr 95 3 90 A 60	TELEFONO: 3027351724
CEDULA: 1074245645	CORREO ELECTRÓNICO: weyitaspasu@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Ciudad Bachue / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___	

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	120	l/m	F. RESPIRATORIA: 20	r/m	TEMPERATURA: 38.0	°c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	24 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.8 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	27 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.84 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9715	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alegre Perez 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:
Gyendy Perez Suarez	1014245645

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

12:04 64%



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-MAR-1993

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | AB+ G.S. RH | F SEXO

02-AGO-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-003318124-F-1014245645-20110907 0027964639A 1 36833366

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.245.645

PAEZ SUAREZ
APELLIDOS

WENDY YIRLEY
NOMBRES



Wendy. Y. P.S.
FIRMA

enel Bog

ENEL COLOMBIA S.A. ESP
NIT 860063875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos Vencimiento su recibo de cliente en

1117488-0

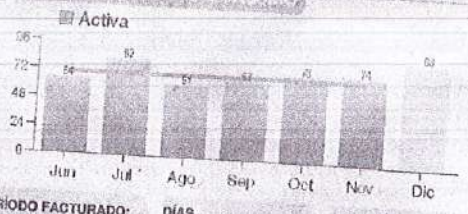
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 376166070-5

MARCO A CORREDOR A
KR 95 J NO 90 A 60
BOGOTA, D.C. - CIUDAD BACHUE

04 711 6148 / 424102

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $820,96

CONSUMO DIARIO: 2,67 kWh

VALOR DIARIO: $1.230

PERIODO FACTURADO: 31 OCT/2025 A 02 DIC/2025

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES 88 kWh

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

El hurto de energía puede causar accidentes, cortocircuitos y fallas en el servicio.

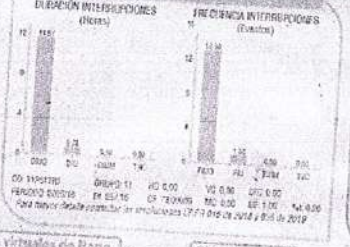
Repórtalo de forma anónima al 601 514 0000 o a través de nuestra página web: enel.com.co



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,66
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007047116148
RUTA LECTURA:	37047010550
MANZANA DE LECTURA:	MS00663017
MEDIDOR NO:	424102
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

Radique y consulte en enel.com.co/es/personas/radicaciones

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

Registrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Enel Colombia @EnelClientesCO

Bogotá, Bahana y Cundinamarca 601 6 115 115

115 Gratuito las 24 horas

601 5140055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?



Si cancela en un corresponsal bancario, exija el desprendible del deudor. Recibo del corresponsal no es 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: OCT/2025

G: $246,46 T: $82,99 D: $307,95 CV: $76,68 PR: $60,86 R: $56,56 CF: $0,00 / $820,96 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL13-11251TR1-- NIVEL DE TENSION: 1 PROPIEDAD: Empresa.

ACTIVIDAD ECONOMICA 9514 Comercialización de energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0647 de 03 de enero 2018. 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 dicha ante de la fecha señalado para pago oportuno. Para mayor información comunicarse al (601) 5 115 115, línea de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador del SDL ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0001 de 30 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suspensión proceden el recurso de reposición y de subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la empresa previo a la suspensión del servicio.*

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

En cumplimiento de la resolución CREG 156 11 circular 038 de 2014, la cual modifico el Código de Medida, se autoriza una obligaciones, actividades y responsabilidades asignados a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P., y por el cliente para el uso de la factura como canal de acuerdo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el cumplimiento de estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada empresa.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifico el Código de Medida, se autoriza una obligaciones, actividades y responsabilidades asignados a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P., y por el cliente para el uso de la factura como canal de acuerdo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el cumplimiento de estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada empresa.

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 la prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 860 063 875-6 Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 05/12/2025 04:54:39
FECHA EXPEDICIÓN: 05/12/2025 15:32:10

Factura electrónica generada por Consultoría Informática y Gestión S.A.S. NIT 830.095.213-0 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturaCo - NIT: 900.321.151-0

CUDE: 2f4b929b1a7083f23571186a2ab8d16e2304139b927bc95ed97f147a0f5131f1b3511a53ddd61 2cc975c881b1c729026

97187

13:306 - Página 1 de 2

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

Expiry-Date: 2030/09/02

HC	MICROCHIP: SI 900255003234613	FECHA:
46		14-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Daimon		Café - Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA MACHO X	RAZA	EDAD	PESO:	MANEJO ESPECIAL:
		cocker	6A	17.4 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 COMPRADO ADOPTADO X REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Jovany Cabezas Suarez	Kr 111 A 88 B 57	3228861230

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
93132700	Jovanny CS 2012 @ hotmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Colsubsidio	3	ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL
Bachiller	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
N/A	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:
120 l/m	20 r/m	38,0 °c	2 seg	Rosada

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	4. ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.1 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.44 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Jovany Cabezas	CC 93.132.100

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
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 93.132.100
CABEZAS SUAREZ

APELLIDOS
JOVANY

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-JUL-1977
GUAMO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-SEP-1995 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA RocHA

I-1930600-0135489-M-0093132100-20230503 0107062966G.4 2507870510

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

CLAUDIA MARLENY CASTRO
KR 111A 88B 51 I32 00202 - COLSUBSIDIO
BOGOTA

Lote: P05GN **Ruta:** 00114700802200053O0 **Código del Sector:** 072

Medidor Gas No. 5107193-53250

Cuenta o referencia de pago **63874079**

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

P05GN 00114700802200053O0 072

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

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti Listo

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

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

Extracupo hasta de **$12.000.000** exclusivo para motos.

Sin trámites · Sin papeleo · Sin aprobación crediticia

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

éxito · ALKOSTO · KTRONIX · HOMECENTER

Publicidad emitida por Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnorte S.A. ESP. Vanti Listo es la marca del sistema de avance de financiación no bancario implementado por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de capacidad de endeudamiento consultables.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 704827062025 VANTI

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

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

Inscríbete aquí

Tan fácil como lo oyes. tan fácil y seguro como se pagaría.

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

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

Tan fácil como lo oyes. tan fácil y seguro como se pagaría.

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

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

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago **63874079**

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
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	24M3	2.741,69	0,00	65.800,56
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,56	0,00	0,56

1 — Total **$69.980,00**

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

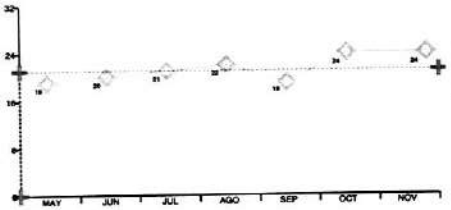
Total a pagar 1 + 2 + 3

$69.980,0

Paga por PSE

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
07 Oct. 2025	5798	REAL
08 Nov. 2025	5829	REAL

m³ corregido= 5829 - 5798 * Factor de corrección = 24

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

(415)7709998026025(8020)63874079(3900)00000000069980

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 May. 2030

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 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: 283
kWh y el precio unitario del kWh es: $247.281

Factor de corrección

Vm: 31 Kp: 0.76865 Kt: 1.00631 Pt: 0.7735
Vc: 24 Tm: 13.75 Te: 15.58 Pe: 1.01008
Po: 0.753 Pm: 0.0234 P pv: 1.0

Factor de corrección: 0.7735

Indicadores de calidad

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



Factura No. F15B68857295 C1 4181

OLFE-9b6b24e90b6b8b033b5b55b0c7d5815a95eae8a07319457fb98984dc027fd9055df0c426c99fd4c8452327744d0d4651

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 (Retenedor de IVA, Autorretenedores Resolución No. 4268 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. 18764001 857957 del 31/05/2023, Facturación electrónica desde Nº 60000001 hasta 100000000 con Vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NURS 2-1100100-8, 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

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

MÁS INFORMACIÓN >

COORSERPARK
Con usted en los momentos difíciles

CAPILLAS DE LA FE

Síguenos

Las previsiones exequiales son ofrecidas y comercializadas por Coorserpark S.A.S. Vanti S.A. ESP y sus filiales solo actuan como entidad recaudadora a través de la factura de servicio público de gas natural domiciliario.

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

HC: 47	MICROCHIP: SI 900255003231363		FECHA: 14-12-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Beyli			COLOR: Negro / Blanco
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Cocker	EDAD 2A	PESO: 9 KG / MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nubia Alexandra Cruz Gonzalez	DIRECCION Tr 94 F Bis BBC 71	TELEFONO 3108772765
CEDULA: 52432075	CORREO ELECTRÓNICO: CruzNubia287@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Quirigua / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL ___	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: NIR	ULT. DESPARASITACIÓN: Sept/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		CANINOS PARVO: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___ HEXAVALENTE: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___	RABIA: 26 Junio/25.
		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: 120 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38,0 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas	

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina.	0,4 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,36 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Monsalve 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:
Nubia Cruz.	52'432.075.

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.432.075**
CRUZ GONZALEZ

APELLIDOS
NUBIA ALEXANDRA

NOMBRES

Nubia Alexandra Cruz G.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ABR-1977**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

12-MAY-1995 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00339631-F-0052432075-20111012 0028242170A 2 1211517461

aseo

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

Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
10226107

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
43449963917

KR 69 No. 80-27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
Horario de Atención
BOGOTÁ 8001448439

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:	06	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT	Costo variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
36.319,73	17.537,80	154.680,98

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$73.713	Interés mora	$14
Subsidio	$11.057-		

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$82.870
Aporte (+)	00%	Total aseo del periodo	$82.870
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Recharo 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

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.
- 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.

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

BOGOTÁ

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: F2 RUTA: F22216 BIMESTRAL

10226107
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

43449963917
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado AGO/21/2025 - OCT/18/2025

Pago oportuno NOV/25/2025 Suspensión NOV/28/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/19/2026	NOV/06/2025 06:53:51	NOV/06/2025 12:36:32

¡Hola!

Factura a nombre de
INSCREDIAL INSCREDIAL

Dirección del predio
KR 94F BIS 86C 71 AP 101

Barrio: QUIRIGUA I Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA Tipo VELO015C
Serie 08015IB089444 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

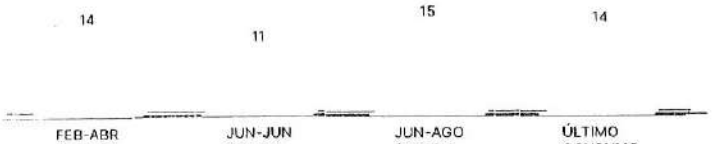
Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena.

5430

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 13m³



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
14.000	237

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	1398	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1384	Base promedio	
Tu consumo este período	14	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	IBERCONTA	Tipo	VELO015C
Serie	08015IB089444	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
$60.955,74		$55.415,76		$660		$62.670
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

Total ingresos del período = **Total a pagar** $179.700

Ingresos que la EAAB-ESP recauda a la DIAN en el periodo actual

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): aa38cf7085224950d33817b664bcb544b429b0c287146e29835c73bf783cd15f3103c55dc1f78d43bc399320a628fcb8

Detalle de tu consumo este bimestre

	A Acueducto						B Alcantarillado					
	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.741,40	-15	$2.922-	$8.280,19	$16.560,80	2,00	$4.630,28	-15	$1.389-	$3.935,74	$7.871,56
Consumo residencial básico (m³)	14,00	$3.730,71	-15	$7.835-	$3.171,10	$44.394,94	14,00	$3.985,30	-15	$8.390-	$3.386,00	$47.544,20
Consumo residencial superior básico (m³)												
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$10.757-		$60.955,74				$9.779-		$55.415,76

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

Tasas ambientales

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$25,04	$87,84
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$351	$1.230

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

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-Intereses de mora	$660
Subtotal	660

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, horarios actualizados en www.bogota.gov.co/sitios-cade

La EAAB-ESP no tiene convenios con otros bancos. Popular, Occidente, Av Villas, Bogotá, Sudameris y Citi

Aseo
Valor a pagar
$62.670

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO
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)7707200485995(8020)434489639173(3900)000000062670

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$117.030

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PUBLICO 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)434498639125(3900)000000117030

5430

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS — DOMICILIARIOS NIT 899.999.094-1 — UNICO DE REGISTRO: 1800 365 10 54 a 24H

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

HC: 48 | 900255003213648 | NO | FECHA: 14-12-2025

ORIGEN: CES | PROTECCIÓN | CALLE | ASENTAMIENTO | HABITANTE DE CALLE | COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Taco | COLOR: Negro. blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 2 A | PESO: 24 KG | MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gloria Hermuda Ariza Gutierrez | DIRECCION: Kra 94 G No 86C 27. | TELEFONO: 3112265317.

CEDULA: 35512974. | CORREO ELECTRÓNICO: gloriapdlo67@hotmail.com

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

ESCOLARIDAD: Tecnico | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: N/A | ULT. DESPARASITACIÓN: N.R.

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: 10/03/2025.

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
120 l/m	20 r/m	38.2 °c	2 seg	Rosada

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	26 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.8 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	24 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	096 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: Gina Paola Rodriguez G
TARJETA PROFESIONAL: Medica Veterinaria MSc T.P. 9743 | FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: Valentina Alonso Forero
TARJETA PROFESIONAL: MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 11441 | 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:
· Gloria Ariza	· 35512974

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 **35.512.974**

ARIZA GUTIERREZ

APELLIDOS

GLORIA HERMINDA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-JUL-1967**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-JUL-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00032961-F-0035512974-20080729 0001576836A 1 1270018692

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil tenerla,

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web

Botón PSE

Botón Bancolombia

Pagos electrónicos en otras entidades

BBVA

Bancolombia

Banco Falabella

Banco Pichincha

Banco Caja Social

Nequi

daviplata

dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Recuerda que puedes pagar tus facturas de manera presencial en cualquiera de nuestros puntos presenciales

Escanea para pagar tu factura

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.016.812-8

rasga para abrir la factura

¡Hola!

GLORIA HERMIND ARIZA
KR 94G 86C 27 01 - QUIRIGUA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5157198-40889

Lote: P13GN **Ruta:** 0011460146150005010 **Código del Sector:** 347

Cuenta o referencia de pago **61248930**

vanti Listo

Compra [illegible]

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

P13GN 0011460146150005010 35600 347

[illegible] para dos personas todo incluido.

¿Cómo participar?

Paga hasta en 30 cuotas a través de tu factura de gas natural

Autoriza Coljuegos

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Octubre 2025

Cuenta o referencia de pago **61248930**

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
07 Nov. 2025	08 Nov. 2025	Sep. - Oct. 2025	22 Oct. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	19M3	2.747,85	0,00	52.209,15
FIJO	1UN	4.171,00	0,00	4.171,00
AJUSTE DECENA	1UN	-2,25	0,00	-2,25
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	11.921,00	0,00	11.921,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	72.717,01	0,00	72.717,01

1 – Total $141.015,91

Tus financiaciones

Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A+B
1.83 % V-Remode y Materiales Vanti	5/60	7.211,46	18.251,81	7.211,46
1.83 % V-Remode y Materiales Vanti	5/60	9.840,38	24.905,45	9.840,38
1.83 % V-Remode y Materiales Vanti	5/60	9.411,79	23.820,71	9.411,79
1.83 % V-Comple Hogar Vanti	4/60	2.180,46	5.739,04	2.180,46

2 – Total $28.644,09

3 – Valor facturas vencidas

$0,00

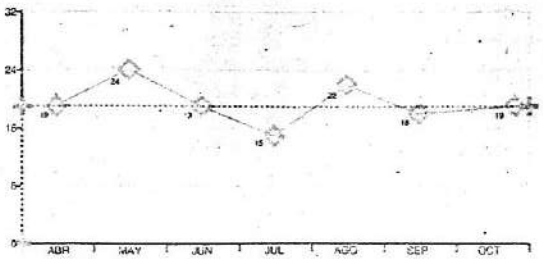
Total a pagar 1 + 2 + 3

$169.660,0

Paga por PSE

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Residencial	Tres	32
Fecha	Lectura	
16 Sep. 2025	8788	REAL
17 Oct. 2025	8813	ESTIMADO

8813 - 8788 * Factor de corrección = 19

Tu próxima lectura será: Entre 15 y el 20 de Noviembre

Mayor detalle de tu factura

Este espacio es una factura adicional con detalle de tu consumo. Si aporta voluntariamente en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 10000

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

29 Abr. 2028

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2013 y 41395 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Cu	1479.84	Tm	583.64	Pr	614.99	Di	2747.85
Rm	70.23	Rr	0.0	Ra	4171.0	Tm	2747.85
Rc	0.0	Rg	42.55	Cf	0.0	Pc	0.0
					225		
					$250.578		

Factores de corrección

Alt	25	Kp	0.76865	Kt	1.00627	Fc	0.77347
Tm	15	Tm	13.76	Tr	15.56	Fe	1.01008
Fpa	0.753	Fm	0.0234	Fpvc	1.0		

Factor de corrección: 0.77347

Participación (%) Total

Cu	100.0	Di	0.0	Tm	100.0	Pc	100.0



(415)7709998026025(8020)61248930(3900)00000000169660

Esp. NIT 800.007.813-5. Persona Jurídica y Factura Electrónica de Venta de acuerdo con la Ley 142 de 1994. Concepto Técnico y Factura Electrónica de Venta de acuerdo con la Ley 142 de 1994. NIT 800.007.813-5

Resolución No. de Autorización Numeración de Facturación No. Fecha de Vencimiento Rango Habilitado Prefijo Habilitado Fecha de Vencimiento Rango Habilitado Prefijo Habilitado Fecha de Vencimiento

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

HC: 49	900255003213647	NO	FECHA: 14-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Coppto Daza			COLOR: Blanco Dorado	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Shitzu	EDAD 4 A	PESO: 5.8 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___		

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO___COMPRADO X ADOPTADO___REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Wilmer Orlando Daza Hernandez	DIRECCION: CL 85 N. 94 F 38	TELEFONO: 3102830105	
CEDULA: 79964601	CORREO ELECTRÓNICO: Wilmerdazar@gmail.com		
BARRIO O VEREDA: Quirigua	ESTRATO: 3.	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL___		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: N.A	ULT. DESPARASITACIÓN: N.R	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: 06/2025.
		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: 110 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38,0 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas	
OBSERVACIONES:					

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,8 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	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	79'964.601

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

Paciente entra en paro Cardio Respiratorio en el Area de posquirurgico. de inmediato se inician maniobras de Reanimacion pertinentes (RCP. Aplicación Adrenalina IV. Respiram IV y yohimbina, manejo de respiracion asistida y liquidos) parados 8 min el paciente No Risponde favorablemente y fallece.

Nombre del Responsable/Tenedor: WILMER DAZA Nro. Identificación: 79'964.601 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 X

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

Nombre del Responsable/Tenedor: WILMER DAZA Nro. Identificación: 79'964.601 FIRMA:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.964.601

DAZA HERNANDEZ

APELLIDOS

WILMER ORLANDO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-DIC-1977

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

23-FEB-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500100-0002961-M-0079964601-20080329 0000078429A 1 6200002443

Advertencia: Para evitar fraudes, recuerda que Vanti no realiza llamadas para solicitar claves, números de tarjetas o información personal. Si recibes una llamada sospechosa, no entregues datos y comunícate con nosotros a través de nuestros canales oficiales.

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 teneria.
tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

nuestro consumo
gía se traduce en un ahorro
economía familiar y contribuye
nuir las emisiones de gases
to invernadero, principal causa
mbio 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!

GRACILIANO CAVAL
CL 85 94F 38 02 - QUIRIGUA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5037199-36210

Lote: P13GN **Ruta:** 0011460198085005010 **Código del Sector:** 347

Cuenta o referencia de pago **61173737**

vanti Listo

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

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



vanti Listo

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

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

Extracupo hasta de
$12.000.000
exclusivo para motos.

Sin trámites
Sin papeleo
Sin experiencia crediticia

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

éxito · jumbo · ALKOSTO · K-TRONIX · HOME CENTER

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/vantilisto

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Contenido de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

Advertencia: Para evitar fraudes, recuerda que Vanti no realiza llamadas para solicitar claves, números de tarjetas o información personal. Si recibes una llamada sospechosa, no entregues datos y comunícate con nosotros a través de nuestros canales oficiales.

Contenido de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno. Sobre el contenido de la factura podrá interponer los recursos de ley dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión.

347 0011460198085005010 P13GN 41826 C1

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago **61173737**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	36M3	2.741,69	0,00	98.700,84
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	-2,84	0,00	-2,84
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protecc	0	20.382,00	0,00	20.382,00
Vanti Max Plus	1UN	8.487,39	1.612,61	10.100,00

1 – Total **$133.360,00**

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

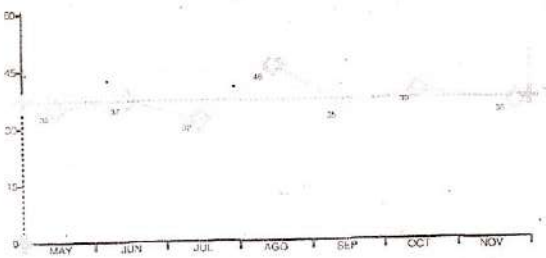
Total a pagar 1 + 2 + 3

$133.360,0

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
17 Oct. 2025	3500	REAL
19 Nov. 2025	3546	REAL

m^3 corregido= 3546 - 3500 * Factor de corrección = 36

Tu próxima lectura será Entre 13 y el 18 de Diciembre

Novedades de tu factura

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

(415)7709998026025(8020)61173737(3900)00000000133360

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Sep. 2026

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m^3 de gas este mes es de $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
pt: 70.7 Cvm: 0.0 Cufm: 4180.0 Cuvm: 2741.69
Com: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

MJ/m^3 Tu consumo en m^3 de gas equivale: 425 kWh y el precio unitario del kWh es: $242.073

Factor de corrección

Vmc: 46 Kp: 0.76865 Kt: 1.00627 Pt: 0.77347
Vc: 36 Tm: 13.76 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pb: 0.753 Pm: 0.0234 F^1 pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77347

Indicadores de calidad

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



41826

C1

Factura No. F15B69943071

ESP. NIT 800.007.813-5. Resolución Fiscal Definitiva Vanti S.A. E.S.P. Esta factura presta mérito ejecutivo según la Ley 142 de 1994.
Canal Tecnología y Servicios S.A.S. BIC
NIT 900.221.111-0

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

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

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

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

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

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

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

Yo Wilmer Daza, identificado con cédula de ciudadanía número 79'964.605, de Bogota autorizó el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino [X] felino [ ] de Nombre Copito Daza Raza Shitzu Edad 4 años

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

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

FIRMA TUTOR RESPONSABLE:

FECHA: 14-Dic-2025
JORNADA # 11
UBICACION Quirigua

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

HC: 50	MICROCHIP: SI 900255003231610		FECHA: 14-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chocolate Vargas			COLOR: café	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 7 8 M	PESO: 19.2 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Marga Caterine Vargas Salgar	DIRECCION: Cl 88 N° 94 C 16.	TELEFONO: 3192576696
CEDULA: 52.072.385.	CORREO ELECTRÓNICO: margacaty72@hotmail.com.	
BARRIO O VEREDA: Bachue	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL ___	

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	130	l/m	F. RESPIRATORIA:	20	r/m	TEMPERATURA:	38.0	°c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,8 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	6 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	7.9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.76 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9715	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:
	52072385-B/a

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.072.385
VARGAS SALGAR

APELLIDOS
MARGA CATERINE

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-MAY-1972
ARBELAEZ
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

03-OCT-1990 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00503862-F-0052072385-20131030 0035632048A 1 1362600704

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

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* · 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.

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 704827082025 VANTI

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

ABEL GUERRERO
CL 88 94C 16 00312 - BACHUE I
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007119-3611134

Lote: P06GN **Ruta:** 0011460010022505000 **Código del Sector:** 345

Cuenta o referencia de pago 61890739

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

Participa y gana uno de los
50 BONOS DE $1.000.000
por compras iguales o superiores a $2.500.000 haciendo uso de tu cupo Vanti Listo en tiendas aliadas.

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

Jumbo · Metro · ALKOSTO · K-TRONIX · éxito · OLÍMPICA

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. Cancer TBC de la campaña ingresando a grupovanti.com/vantilistolaterminaciones. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltalo en grupovanti.com/politicasdefinanciacion. Campaña válida del 26 de noviembre al 26 de diciembre de 2025, se entregarán un total 50 Bonos de Pesos por dos redimibles cada una, por un valor de $1.000.000. Los bonos se asignarán los días 5, 12, 19 y 26 de diciembre y serán entregados el 15 de Enero de 2026.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

P06GN 0011460010022505000

Factura de gas

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago **61890739**

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
24 Dic. 2025	25 Dic. 2025	Nov. - Dic. 2025	10 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	5M3	2.934,15	0,00	14.670,75
MENOS SUBSIDIO (33%)	1UN	-4.870,69	0,00	-4.870,69
AJUSTE DECENA	1UN	0,06	0,00	0,06

1 — Total **$9.800,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

3 — Valor facturas vencidas

$0,00

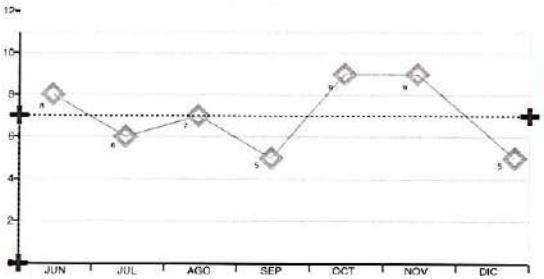
Total a pagar 1 + 2 + 3

$9.800,0

Paga por PSE

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Dos | Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
08 Nov. 2025	1186	REAL
06 Dic. 2025	1193	REAL

m³ corregido= 1193 - 1186 * Factor de corrección = 5

Tu próxima lectura será

Entre 05 y el 10 de Enero

Novedades de tu factura

CuVa $ 2570,50

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 Nov. 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 $2571.

Sep. $2719 Oct. $2748 Nov. $2742

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

Componentes tarifarios

Gm: 1324.73 Tm: 582.57 Dm: 598.11 Cm: 0.0
.p: 65.09 Cvm: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 59 kWh y el precio unitario del kWh es: $166.103

Factor de corrección

Vm: 7 Kp: 0.76766 Kt: 1.00631 Pt: 0.77251
Vc: 5 Tm: 13.75 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.0234 F pv: 1.0

Factor de correción: 0.77251

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)61890739(3900)00000000009800

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

de la ley 142 de 1994
Concepto Tecnología y Servicios S.A.S. BIC
Nit. 890 321 151-0

Factura No. F15R715020084

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

HC: 51	MICROCHIP: SI 900255003234609		FECHA: 14-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Maylo			COLOR: Blanco	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA French Poodle	EDAD 2A	PESO: 6-5 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: Wendy Yirley Paez Suarez	DIRECCION Kr 95 J 90 A 60		TELEFONO 3103317327
CEDULA: 1074245645	CORREO ELECTRÓNICO: weyitasPasu@gmail.com		
BARRIO O VEREDA Ciudad Bachue	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa 0c rubiel 2025	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X	
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38,0 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.	

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,8 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.)	0.6 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.24 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9715	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Monsalve 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:
Wendy P.S.	1014205645

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:

12:04 64%



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-MAR-1993

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | AB+ G.S. RH | F SEXO

02-AGO-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00331812-F-1014245645-20110907 0027964639A 1 36833366

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.245.645
PAEZ SUAREZ
APELLIDOS
WENDY YIRLEY
NOMBRES



Wendy. Y. P. S.
FIRMA

enel Bog

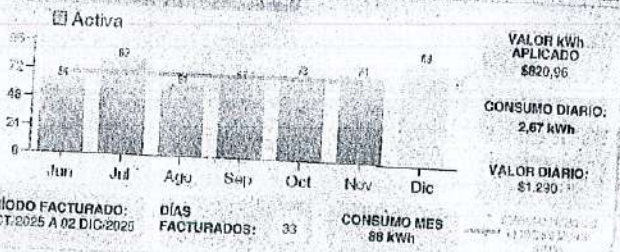
ENEL COLOMBIA S.A. ESP
NIT 860 063 875-8
Calle 99 No. 13 - 49 Piso 1

1117488-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 376160070-5

MARCO A CORREDOR A
KR 95 J NO 90 A 60
BOGOTA, D.C. - CIUDAD BACHUE

04 711 6148 / 424102



VALOR kWh APLICADO $820,96

CONSUMO DIARIO: 2,67 kWh

VALOR DIARIO: $1.290

PERÍODO FACTURADO: 31 OCT 2025 A 02 DIC 2025

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES 88 kWh



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,66
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007047116148
RUTA LECTURA:	37047010550
MANZANA DE LECTURA:	MS00563017
MEDIDOR NO:	424102
SUBCLASE:	Básica

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

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Veces)

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

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

Protección Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del GTP: CENPrinterform - NIT 890.311.151-0

13.305 - Página 1 de 2



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: OCT 2025

G: $216,46 T: $92,07 D: $297,23 CV: $76,88 PR: $60,86 R: $28,56 CP: $0,00 / $820,96 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 5514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 para el Sistema Interconectado Nacional

Sobre el vencimiento de la siguiente factura el Cliente pueda ser las mencionadas de defensa previstas en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de dicha dirección de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, Sede 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 0531 de 10 de noviembre de 2020.

Para la factura de este puede el derecho de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa dentro de los cinco días siguientes a la fecha de su entrega, de conformidad con el Artículo 159 de la ley 142 1994

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, responsabilidades y responsabilidades atribuidas a ENEL COLOMBIA S. A. E.S.P., con el cliente para el uso de la factura como portal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el cobro que realicen los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con este aspecto, por favor diríjase a los canales de atención definidos por cada tercero.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y los 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: 05/12/2025 04:54:39
FECHA EXPEDICIÓN: 05/12/2025 15:32:10

CUDE: 2f4b329b1a7083023571169e2ab8d1662294193888270c98adfcf7f47a0f51f3f1351b59cdd612ac078e9916b1a729026

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

HC	MICROCHIP: SI 900255003213644	FECHA:
52		14-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
TORETO		Dorado

ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA MACHO X	RAZA	EDAD	PESO	MANEJO ESPECIAL: SI NO X
		Cocker	2A	12.8 KG	

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

ORIGEN: NS/NR RESCATADO COMPRADO ADOPTADO REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO nació en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Jovany Cabezas Suarez	Kr 111A 88B 51	3228861230

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
93132100	Jovanycs2012@hotmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Colsubsidio	3	ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL
Bachillerato	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/A	N/R	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: Enero/25
		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:
120 l/m	20 r/m	38,0 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,4 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	7.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.48 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Gina Paola Rodriguez E Medica Veterinaria ASC T.P. 9745	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	

2. 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:
Joany Cadetas S.	CC 53.132.100

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 93.132.100
CABEZAS SUAREZ

APELLIDOS
JOVANY

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-JUL-1977
GUAMO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

10-SEP-1995 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

R-2904600-01353489-M-0093132100-20230503 01070520560 4 85078705 10

En convenio de recaudo con: vanti Más formas de avanzar

CAPILLAS DE LA FE

COORSERPARK

AFÍLIATE



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

2025

PREVISIÓN EXEQUIAL

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

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 · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · 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 cancelas con cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

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

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800 096 812 8 7048/27082025 VANTI

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

CLAUDIA MARLENY CASTRO
KR 111A 88B 51 I32 00202 - COLSUBSIDIO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5107193-53250

Lote: P05GN **Ruta:** 0011470060220005300 **Código del Sector:** 072

Cuenta o referencia de pago **63874079**

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti Listo



Sin trámites
Sin papeleo
Sin experiencia crediticia

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

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

Extracupo hasta de
$12.000.000
exclusivo para motos.

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

éxito · Jumbo · ALKOSTO · K-TRONIX · HOMECENTER

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

072 0011470060220005300 P05GN 4181 C1

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago **63874079** 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
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	24M3	2.741,69	0,00	65.800,56
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,56	0,00	0,56

1 — Total **$69.980,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

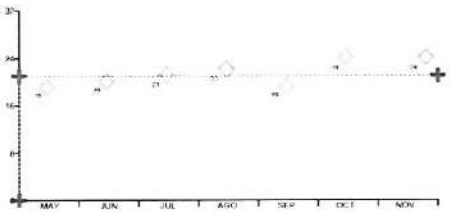
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$69.980,0**

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
07 Oct. 2025	5798	REAL
08 Nov. 2025	5829	REAL

m³ corregido= 5829 - 5798 * Factor de corrección = 24

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

(415)7709998026025(8020)63874079(3900)00000000069980

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 May. 2030

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

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 283 kWh y el precio unitario del kWh es: $247.281

Factor de corrección

Vm: 31 Kp: 0.76865 Kt: 1.00631 Pt: 0.7735
Vc: 24 Tm: 13.75 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.0234 P pv: 1.0

Factor de corrección: 0.7735

Indicadores de calidad

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



Factura No. F15B68857295 C1 4181

CUFE 9b0f62e4e9a8e8b6803569855dc0c7d3915a95eeaf0ac7319457f7d6984402c227e8b652f0c426c08a54c8452827748a3a4651

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

MÁS INFORMACIÓN >

COOPERPARK
Con usted en los momentos difíciles

CAPILLAS DE LA FE

Síguenos

Las previsiones exequiales son ofrecidas y comercializadas por Cooperpark S.A.S. Vanti S.A. ESP y sus filiales solo actúan como entidad recaudadora a través de la factura de servicio público de gas natural domiciliario.

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Octubre 27/2021 Retenedor de IVA Autorretenedores Resolución No. 4953 del 1 de Julio de 1998 Autorretenedor de Industria y Comercio Acuerdo 13/2012 del 21/12/2012 Actividad económica 4862 Y 4930 Tarifa 0.966 Código CIIU 4862 Y 4930 Tarifa 0.966 Agente de retención de IVA Régimen común

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios Vigilado SUI. Vanti S.A. ESP. NIT 800.007.813-5 - Representación Gráfica Factura de Servicios Públicos Domiciliarios Gas Natural Vanti S.A. ESP. Factura para pago en bancos y en la red de recaudo A1 Nº 890.212.161-9 Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S. BIC

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

HC	MICROCHIP: SI 900255003234614	FECHA:
53		14-11-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dante	COLOR: Negro / Blanco	
ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA Mestizo / EDAD 2A	PESO: 23 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO____ MIXTO X OTRO____

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO____ COMPRADO____ ADOPTADO X REGALADO____ PERRO DE CUADRA____ OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Daniel steven Parra Acosta	DIRECCION Tv 94 C 89-33	TELEFONO 3046348349
CEDULA: 1015 480355	CORREO ELECTRÓNICO: danny99550@hotmail.com.	
BARRIO O VEREDA Quirigua / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachillerato / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38,0 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS Rosadas.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	27 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,8 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.92 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Daniel Parra	1015480355

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 **1.015.480.355**

PARRA ACOSTA
APELLIDOS

DANIEL STEVEN
NOMBRES

Daniel Parra
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-MAR-1999**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-ABR-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00907079-M-1015480355-20170523 0055505623A 1 48818000

~~12242~~ 100

~~42313~~ 60 E

Daniel Parra

03 Dic

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* · GNB Sudameris* · Bancolombia* · Banco Falabella · Banco Pichincha* · Banco Caja Social* · Nequi · Davivienda* · Daviplata · Rappi pay · dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

Se le suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que su medidor o la instalación interna y de artefactos de consumo como contador 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 7048/27062025 VANTI

¡Hola!

LUIS ENRIQUE ACOSTA
TV 94C 89 33 - QUIRIGUA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077198-89365

Lote: P13GN Ruta: 0011480141080005010 Código del Sector: 347

Cuenta o referencia de pago **60946919**

vanti Listo

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

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 · Alkosto · Ktronix · Home Center

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP., Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasoriente S.A. ESP. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación en bancario ofrecido por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de la política de financiación, consúltala en grupovanti.com/vantilisto.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago 60946919

BOGOTÁ

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

vanti

Más formas de avanzar

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	21 M3	2.741,69	0,00	57.575,49
FIJO	1 UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1 UN	4,51	0,00	4,51

1 — Total **$61.760,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

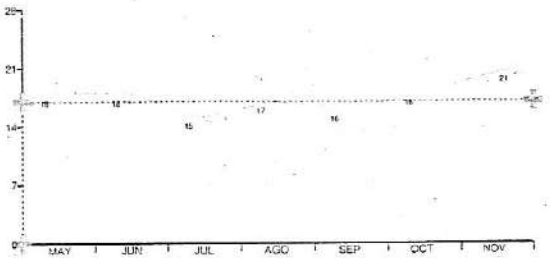
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$61.760,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
17 Oct. 2025	2776	REAL
19 Nov. 2025	2803	REAL

m³ corregido= 2803 - 2776 * Factor de corrección = 21

Tu próxima lectura será

Entre 13 y el 18 de Diciembre

Novedades de tu factura

Estimado cliente recuerde que tiene entre Dic/2025 y el 30/05/2026 para realizar la Revisión Periodica. Se suspenderá el servicio a partir del 31/05/2026 si Vanti S.A. ESP ,no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revision y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 May. 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 41365 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

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

Mjh/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 248 kWh y el precio unitario del kWh es: $249.014

Factor de corrección

Vm: 27 Kz: 0.76865 Kt: 1.00627 Pb: 0.77347
Vc: 21 Tm: 13.76 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.0234 P pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77347

Indicadores de calidad

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





(415)7709998026025(8020)60946919(3900)00000000061760

Somos grandes contribuyentes Resolución 000209 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autoretenedores Resolución No. 4959 del 17 Jul 1998 Autorización de 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 NURP 2 11010000 6. VANTI S.A. ESP 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. Consulte nuestra Tarifa en www.grupovanti.com Línea de atención y Servicios S.A.S. ESP en Bogotá 601 651 1510

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

HC: 54	MICROCHIP: 900255003234603		FECHA: 14.12.25

ORIGEN : CES X PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Winner			COLOR: Negro
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1 año	PESO: 7,8 KG / MANEJO ESPECIAL: SI __ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Janeth Mariño Triana		DIRECCION: cl 86 95 F-16	TELEFONO: 3163074644
CEDULA: 51 907 991		CORREO ELECTRÓNICO: hanaparaiso@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA: Ciudad Bachue	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: 09.25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X	
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:	
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:	

4. EXAMEN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38,0 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas	

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,4 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	26 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.8 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.32 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MVZ	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero T.P. 9715 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:
[signature]	51 907 991

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 51.907.991
MARIÑO TRIANA

APELLIDOS
JANETH

NOMBRES

FIRMA

3 M 23



FECHA DE NACIMIENTO 21-JUN-1967
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

20-OCT-1986 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1500150-01217479-F-0051907991-20210222 0073531266A 1 9914795354

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: F2 RUTA: F22236A BIMESTRAL

10398862
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

44115546515
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado AGO/21/2025 - OCT/18/2025

Pago oportuno NOV/25/2025 Suspensión NOV/28/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/19/2026	NOV/06/2025 06:54:26	NOV/06/2025 12:43:24

¡Hola!

Factura a nombre de

ICTICT

Dirección del predio

CL 86 95F 16 AP 304

Barrio: CIUDAD Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca FLODYS CYBLE Tipo VEL0015R160
Serie A14S254912 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

15696 100403 49507

---

aseo

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

Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
10398862

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
44115546515

BOGOTÁ
901144043-9

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

Datos del usuario

Tipo de productor RESIDENCIAL
Und. Res. Ocupada: 1 Und. No Res. Ocupada: 0 Estrato 2
Und. Res. Desocupada: 000 Und. No Res. Desocupada: 000 Volumen 0.00 Densidad 0.000
Frecuencia Barrido: 03 Frecuencia Recolección: 06 %Participación 0.000%

Costo Fijo Total CFT	Costo variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
36.319,73	16.826,56	154.680,98

Componentes de tarifas

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$73.002	Ajuste a la decena -credito-	$1-
Subsidio	$29.201-		

G Estado de cuenta aseo

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$43.800
Aporte (+)	00%	Total Cargos del Periodo	$43.800
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el año 2024 actual	

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000

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

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$45.342	$44.440	$42.393	61

La tarifa incluye subsidio o aporte

Tu factura tiene un error? Queremos ayudarte a solucionarlo

« 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

Denuncia en la Línea 116 cualquiera de las siguientes situaciones. Así protegerás la disponibilidad de tus servicios públicos:

« El hurto o faltante de medidores, rejillas y tapas.

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

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

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue **13 m³**



En este periodo consumiste más agua que en el anterior

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

En este período

15.000

Promedio al día

254

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	1745	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1730	Base promedio	
Tu consumo este periodo	15	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	FLODYS CYBLE	Tipo	VELO015R160
Serie	A14S254912	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:



Cerrar la llave cuando te cepilles los dientes.



Usar la lavadora con la carga completa.



Recoger el agua de la ducha en un balde mientras esta se calienta.

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros	+	Aseo
$45.266,45		$41.514,06		$26.861-		$43.800
A		B		C D E F		G

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

Consulta el detalle atras

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 registra en el DIAN en el periodo actual

= **Total a pagar** $103.719

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 3251dcba59971ebeeca744ae470ad727ffe5a30b1de0563ce414dd686260940956a53770c0cb0b10ff2a412131533d05

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.741,40	-40	$7.793-	$5.844,84	$11.689,80
Consumo residencial básico (m³)	15,00	$3.730,71	-40	$22.384-	$2.238,42	$33.576,65
Consumo residencial superior básico (m³)	.					
Cargo fijo no residencial (mes)	.					
Consumo no residencial (m³)	.					
Subtotal				$30.177-		$45.266,45

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.630,28	-40	$3.704-	$2.778,17	$5.550,56
Consumo residencial básico (m³)	15,00	$3.995,30	-40	$23.972-	$2.397,18	$35.957,50
Consumo residencial superior básico (m³)	.					
Cargo fijo no residencial (mes)	.					
Consumo no residencial (m³)	.					
Subtotal				$27.676-		$41.514,06

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

Tasas ambientales

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$17,67	$62,00
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$265	$930

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

C Otros conceptos

Concepto	Valor
D-ben. min. vital total	$26.861-
Subtotal	26.861-

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.superservicios.gov.co/puntos-de-atencion

EAAB ESP no tiene convenios con cajas de compensación. Pague en Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, BBVA, Occidente, AV Villas, Bogotá, Santander y Cr

Aseo
Valor a pagar
$43.800

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si paga con cheque, gire dos cheques únicamente de gerencia a nombre de la EAAB-ESP NIT 899.999.094-1 y endose cada uno con el número de cuenta contrato, indicando cuál corresponda al valor de acueducto y cuál al valor de aseo.

(415)7707200489986(8020)44115546515 4(3900)000000043800

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$59.919

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)44115546515 3(3900)000000059919

15696

VIGILADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NO. ÚNICO DE REGISTRO 1100 009 19 EAB ESP

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

HC	IO	FECHA
55	900255003213659	14-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Beply Betancourt — COLOR: Cafe.

ESPECIE: CANINO Y FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO Y — RAZA Mestizo — EDAD 2A — PESO: 18.7 KG — MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO Y

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO Y

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO Y

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

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO Y COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Jose Betancourt Calderon — DIRECCION: Kra 115 No 89A 31. — TELEFONO: 3125724447

CEDULA: 1.104.941825. — CORREO ELECTRÓNICO: mjbc280707@gmail.com

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

ESCOLARIDAD: Bachiller — TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL ___

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N.A	N.R	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: 01/2025 PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X — SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
120 l/m	30 r/m	38,2 °c	2 seg	ROSADAS

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	32 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	✓ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,8 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	78 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.72 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Ruben Tovar TP. 28673	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Mesa 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:
	1109491825

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.104.941.825

Apellidos
BETANCOURT CALDERON

Nombres
MARIA JOSE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.61

Sexo
F

Fecha de nacimiento
28 JUL 2007

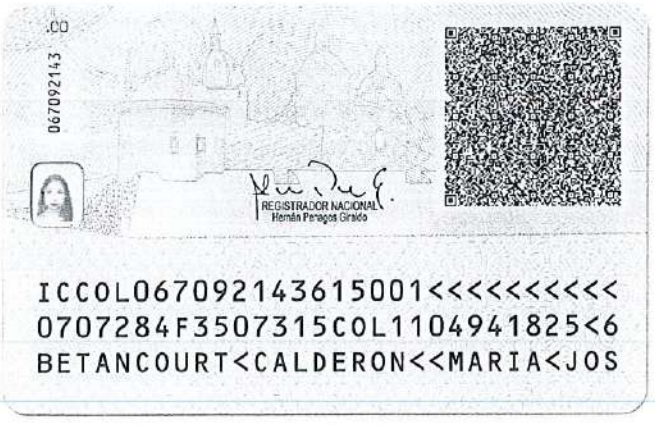
G.S.
A+

Lugar de nacimiento
IBAGUE (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
31 JUL 2025, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
31 JUL 2035



.CO

067092143

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0670921436150O1<<<<<<<<<<
0707284F3507315COL1104941825<6
BETANCOURT<CALDERON<<MARIA<JOS

Por favor dobla y rasga para abrir la factura



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 · GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Rappipay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra redes sociales como @grupovanti y conoce nuestros iniciativos.

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 704812708202S VANTI

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

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

COLSUBSIDIO MANZANA COLSUBSIDIO MANZANA
KR 115 89A 31 103 00204 - EL CORTIJO
BOGOTA

Medidor Gas No. 5087196-119155

Lote: P07GN **Ruta:** 0011470220170005700 **Código del Sector:** 145

Cuenta o referencia de pago **61010353**

vanti Listo

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

0011470220170005700 33608 P07GN

vanti Listo



Sin trámites
Sin papeleo
Sin apertura 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
$12.000.000
exclusivo para motos.

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

éxito · Alkosto · Cromix · Homecenter

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

C1

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago 61010353

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
27 Nov. 2025	28 Nov. 2025	Oct. - Nov. 2025	13 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	9M3	2.741,69	0,00	24.675,21
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	4,79	0,00	4,79

1 — Total $28.860,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

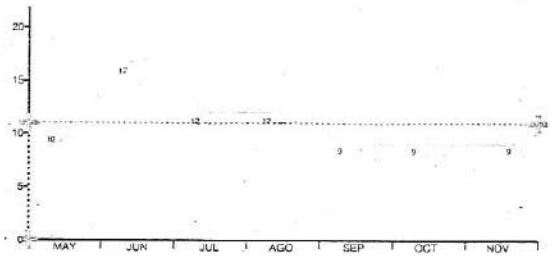
3 — Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $28.860,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
09 Oct. 2025	7029	REAL
11 Nov. 2025	7041	REAL

m^3 corregido= 7041 - 7029 * Factor de corrección = 9

Tu próxima lectura será Entre 06 y el 11 de Diciembre

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Mar. 2030

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

Agende 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
Pr: 70.7	Cvm: 0.0	Cvfm: 4180.0	Cvvm: 2741.69
Com: 0.0	Fpcm: 42.512	DAUR: 0.0	DAUNR: 0.0

Mj/m³-Tu consumo en m^3 de gas equivale: 106 kWh y el precio unitario del kWh es: $272.219

Factor de corrección

Vm: 12	Kp: 0.76826	Kc: 1.00631	Pc: 0.7731		
Vc: 9	Tm: 13.75	Tc: 15.56	Pe: 1.01008		
Pc: 0.753	Pm: 0.023	P ov: 1.0			

Factor de corrección: 0.7731

Indicadores de calidad

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





(415)7709998026025(8020)61010353(3900)00000000028860

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura No. F1588691333255

Resolución No. 4959 del 17 de Julio de 2025 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764036326762 del 31/07/2025. Facturación electrónica desde N° 90000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Con mi autorización, Vanti S.A. E.S.P. está facultada para la mora ejecutiva. Art. 130 de la ley 142 de 1994

Consulta tu código y factura en www.vanti.co

NIT 800.007.813-5

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

Expiry-Date:2030/09/02
900255003231189

HC: 56	MICROCHIP: SI	FECHA: 14-12-25

ORIGEN: CES X PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milan			COLOR: Gris - Blanco
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Alaska Malamut	EDAD: 2 AÑOS	PESO: 35.8 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leidy Johana Lopez Castano	DIRECCION: Cl 89 N° 94 C 9	TELEFONO: 3205539087
CEDULA: 1014 270 781	CORREO ELECTRÓNICO: johalopez73@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Quirigua	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa 12-08-25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa 12-NOV-25. HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 124 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 37.6 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosada.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	10 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	3.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	7.4 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. Ruben Tovar TP. 28673	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: 1074270781

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.014.270.781
LOPEZ CASTAÑO
APELLIDOS
LEIDY JOHANA
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 12-OCT-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
23-OCT-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00929075-F-1014270781-20170802 0056853144A-1 3910092282

Por favo rasga para abrir la factura

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil tenerla,

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban, Itaú, Bancolombia, BBVA, Scotiabank Colpatria, Banco AV Villas, GNB Sudameris, Bancolombia, Banco Falabella, Banco Pichincha, Banco Caja Social, Nequi, 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 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.

Si te suscribiste al servicio gas Max de pago, cuando se requiera, en caso de que se agote el cupo al ingresar o a la entrada de tu casa, Carvajal Soluciones de Comunicación generará un nuevo cupo de recaudación para la empresa y dejará de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, dentro de los 60 días hábiles siguientes al correspondiente del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el deberá contener los requisitos mínimos de información de la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A. 7048/27082026 VANTI 12-8

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

CARLOS ALBERTO LOPEZ
CL 89 94C 9 - QUIRIGUA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5127104-400005770

Lote: P13GN Ruta: 0011460140890005000 Código del Sector: 347

Cuenta o referencia de pago 61373087

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 5.300.000

vanti



Sin trámites
Sin papeleo
Sin experiencia crediticia

Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.

Cupo hasta de $6'000.000 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

exito

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasoriente S.A. ESP. Vanti Libre es la marca que identifica el servicio de transporte y comercialización prestado por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de la política de tratamiento de información disponible en grupovanti.com/politicas

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

para abrir la factura

347

0011460140890005000

MBIA

CORR AL BANCARIC
IBANK
Pun torec cobra por
acción
Pago c uras Davib.
TRA ON EXITOSA

Fecha 03/1
Hora 11
Terminal
Convenio ANTI GAS N.
DE
Cod
Convenio
Referenci 61
Valor $
Transacci 001295
Usuario MARIBEL

Li atención
perso da en Bogot
8418788 del País:
960 505
Aquí ta puede paga.
sta de
credito litos de co:
Banco
ibank
BANCO BANK VIGILA
SUPERINT IA FINANCIE

Noviembre 2025
61373087

2 — 3 — 4

Fecha de pensión c. 2025

Periodo facturado Oct. - Nov. 2025

Emisión de tu factura 21 Nov. 2025

Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
15M3	2.741,69	0,00	41.125,35
1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
1UN	4,65	0,00	4,65

1 — Total $45.310,00

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

$45.310,0

Paga por

Escanea el código QR

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUIR 2110010000 6. VANTI S.A. ESP. NIT 860 007 813-5 Revisor fiscal Deloitte Y Touche S.S.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art 130 de la ley 142 de 1994

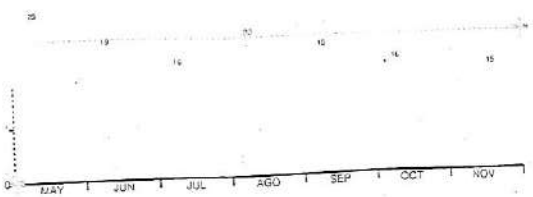
Oficina Principal y Domicilio: Cra 23 No 64-120

NIT: 860.007.813-5
Vanti S.A. ESP.
www.grupovanti.com

vanti

Más formas de avanzar

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat.Tres Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
17 Oct. 2025	6696	REAL
19 Nov. 2025	6715	REAL

m³ corregido= 6715 - 6696 * Factor de corrección = 15

Tu próxima lectura será

Entre 13 y el 18 de Diciembre

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Nov. 2027

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad legal y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012, 41255 de 2017

Agenda ya tu RPC 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: 832.88	Dm: 599.2	Cm: 2741.69
p: 70.7	Cvm: 0.0	Cvfm: 4180.0	Cuvm: 2741.69
Com: 0.0	Ppcm: 42.512	DAUR: 0.0	DAUNR: 0.0

Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 177 kWh y el precio unitario del kWh es: $255.962

Factor de corrección

Vm: 19	Kp: 0.76865	Kt: 1.00627	Fc: 0.77347		
Vc: 15	Tm: 13.76	Tc: 15.56	Fac: 1.01006		
Pa: 0.753	Pm: 0.0234	Fpv: 1.0			

Factor de corrección: 0.77347

Indicadores de calidad

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





(415)7709998026025(8020)61373087(3900)00000000045310

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

HC	MICRO	FECHA
57	900255003213656	14-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE	COLOR	
Rocco	Negro-blanco.	

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 9m	PESO: 8.7 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCION	TELEFONO
Talia Estefania Cruz Ruptrago	Kra 90 Bis No 75-77	3004732930

CEDULA	CORREO ELECTRÓNICO
1.007 497 052.	Tefhaj23@outlook.es.

BARRIO O VEREDA	ESTRATO	LOCALIDAD
Santa Rosita	3	ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___
Bachiller	

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/A	N.R.	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: 15/11/2025.
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
118 l/m	20 r/m	37.8 °c	2 seg	rosado s.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,4 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.36 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. Ruben Tovar TP. 28673	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Monsalve Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 414-11	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:
Talia CYUZ	1007497052

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.007.497.052

Apellidos
CRUZ BUITRAGO

Nombres
TALIA ESTEFANIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.55

Sexo
F

Fecha de nacimiento
11 NOV 1999

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
15 NOV 2017, BOGOTA D.C.

Firma
Talia Cruz

Fecha de expiración
19 JUL 2034

0508663448

REGISTRADOR NACIONAL
Heinán Penagos Giraldo

ICCOL0508663486150001<<<<<<<<<<
9911112F3407194COL1007497052<8
CRUZ<BUITRAGO<<TALIA<ESTEFANIA

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 y seguro que es pagarlo.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

CARNAVAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7048/27092025 VANTI

¡Hola!

RAMON DARIO GONZALES
KR 90 BIS 75 77 I23 00301 - SANTA ROSITA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5157198-68809

Lote: P18GN **Ruta:** 001139016092000590O **Código del Sector:** 315

Cuenta o referencia de pago **61254750**

vanti

Compra tu calentador a gas, moto o lavadora, paga a cuotas a través de tu factura de gas

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.

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

Remitente: VANTI
RAMON DARIO GONZALES
KR 90 BIS 75 77 I23 00301
BOGOTA
Cuenta: 61254750
49395

011518112404939S

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, consúltelo en grupovanti.com/vantilisto

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

315
0011390160920010590O
P18GN

Factura de gas | Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago 61254750

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
12 Dic. 2025	13 Dic. 2025	Oct. - Nov. 2025	27 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	2M3	2.741,69	0,00	5.483,38
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	-3,38	0,00	-3,38

1 – Total $9.660,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

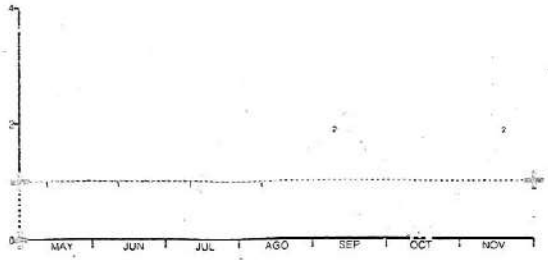
3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $9.660,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
23 Oct. 2025	2318	REAL
25 Nov. 2025	2320	REAL

m³ corregido= 2320 - 2318 * Factor de corrección = 2

Tu próxima lectura será

Entre 19 y el 24 de Diciembre

Novedades de tu factura

Estimado cliente recuerde que tiene entre Jul/2025 y el 31/12/2025 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/01/2026 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Nov. 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
Pi: 70.7 Cvm: 0.0 Cvim: 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: 24 kWh y el precio unitario del kWh es: $402.641

Factor de corrección

Vm: 2 Kpi: 0.76865 Kb: 1.00627 Pt: 0.77347
Vc: 2 Tm: 13.76 Te: 15.56 Pa: 1.01008
Pci: 0.753 Pm: 0.0234 P pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77347

Indicadores de calidad

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





(415)7709998026025(8020)61254750(3900)00000000009660

Somos gestores con Asyontes Resolución 060206 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autoretenedores Resolución No. 4959 del 17 Jul 1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764001237057 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 NUR 2-1100-1000-6, 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

Contact Center Vanti: [illegible]

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
58	900255003231159	14,12-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: RUFUS			COLOR: Negro Amarillo	
ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA Yorkshire Terrier	EDAD 7 años	PESO: 5,6 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR_ CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO OTRO__	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO__ COMPRADO X ADOPTADO __ REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Adriana Joaquina Rojas Vega	DIRECCION cl 82b 95c-14	TELEFONO 3204162636
CEDULA: 52 144 977	CORREO ELECTRÓNICO: arjona_213@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA Bochica — ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: profesional NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
NIA	06-25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI__ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno	
CLASIFICACION ASA (I) II. III. IV. V. VI. E.	CONDICIÓN CORPORAL: 2/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,8 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	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Ruben Tovar TP. 28673	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Mesa Ferro MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 414-11	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:
Adriana Rojas Vega	52144977

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.144.977**

ROJAS VEGA

APELLIDOS

ADRIANA JOAQUINA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-OCT-1972**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-OCT-1991 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00788368-F-0052144977-20160212 0048332901A 1 1363778572

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0592206-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 376314817-3

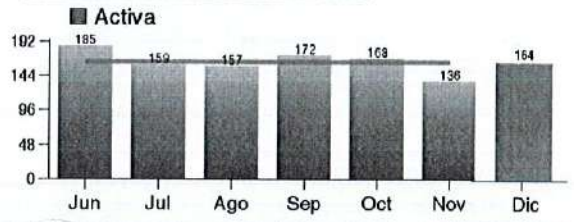
78476

CLIENTE

ADRIANA JOAQUINA ROJAS VEGA
CL 82 B NO 95 C 14 BQ 4 IN 11
INT 411
BOGOTA, D.C. - BOCHICA

05 705 7446 / 21399630

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $800,09

CONSUMO DIARIO: 4,97 kWh

VALOR DIARIO: $2.733

PERIÓDO FACTURADO: 01 NOV/2025 A 03 DIC/2025

DIAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES 164 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 163 kWh

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

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

El hurto de energía puede causar accidentes, cortocircuitos y fallas en el servicio.

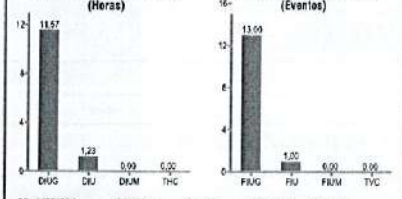
Repórtalo de forma anónima al **601 514 0000** o a través de nuestra **página web: enel.com.co**



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	5,47
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007057057446
RUTA LECTURA:	37057071492
MANZANA DE LECTURA:	MS00563219
MEDIDOR NO:	21399630
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 11774TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/10 DI: 275,15 CF: 168,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
318 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

USO SEGURO DE ENERGÍA.

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

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

Billetera Virtual

Daviplata · Bancolombia · dale! · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · efecty · Reval · Baloto · Bancolombia · 472 · MOVIRED · puntored · Efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel Unicamente Chía, Girardot y Facatativá

Almacenes de Cadena

JUMBO · Metro

Código QR

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

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2025
G: $286,96 T: $53,30 D: $294,84 CV: $78,01 PR: $58,82 R: $28,15 CF: $0,00 / $800,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL13-11774TR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

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

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

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

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

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

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

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

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

CUDE: e6d11afef261c4d9e49717406e3ac989da5bf52ef07477d8e316e614858ea0a2c1e6fcf13e2a1be70710f9763585b54b

FECHA GENERACIÓN: 09/12/2025 00:55:09
FECHA EXPEDICIÓN: 09/12/2025 15:07:06

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-8.

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 800.321.151-0

8232 - Página 1 de 2

No. Cuenta 0592206-5 78476

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$90.190		$0		$90.190	18 DIC /2025	22 DIC/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0592206-5

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 03 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	(-)	Lectura Anterior	(=)	Diferencia de lecturas	(X)	Factor	(=)	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	(X)	Valor Unitario	(=)	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	7.161		6.997		164		1		164	164		$800,09		$131.214
ENERGIA REACTIVA	3.226		3.166		60		1		60	0		$294,84		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $800,0862		X		Beneficio -39,44 %					-$41.026

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2.733 DIARIOS

SUBTOTAL: $90.188

Otros cobros asociados a energía

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

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) **TOTAL ENERGÍA: $90.190**

Otros cobros de productos y servicios

enel x

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

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

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

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

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -39,44 %

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
0592206-5

Documento Equivalente Electrónico No.
376314817-3

(415)7707209914253(8020)010592206537631481 73(3900)00000000090190

PAGO OPORTUNO
18 DIC /2025

TOTAL A PAGAR
$90.190

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
59	900255003231156	14.12.25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Giordi			COLOR: Negro blanco	
ESPECIE: CANINO X FELINO___ SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 4 años	PESO: 19 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO__X MIXTO OTRO_____	

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO X COMPRADO____ ADOPTADO____ REGALADO____ PERRO DE CUADRA____ OTRO_____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sara Juliana walteros Rodnguez	DIRECCION Tv 73a 81 H-05	TELEFONO 3142567141
CEDULA: 1028 480 829	CORREO ELECTRÓNICO: Swalterosm3@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Minuto de Dios / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Universitario NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/A	01.12-25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: 12/25
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno	
CLASIFICACION ASA (I.) II. III. IV. V. VI. E.	CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
130 l/m	30 r/m	38.1 °c	2 seg	rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	24 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	5 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,8 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	6 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	19 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	076 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	Dr. Ruben Tovar	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	TP. 28673	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Torres	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1020480829

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos
WALTEROS RODRIGUEZ

NUIP 1.028.480.829

Nombres
SARA JULIANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.55

Sexo
F

Fecha de nacimiento
17 ENE 2006

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
24 ENE 2024, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
24 ENE 2034


.CO.

038118225

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL038118225015001<<<<<<<<<<<
0601175F3401240COL10284808295<5
WALTEROS<RODRIGUEZ<<SARA<JULIA

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0641115-2**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 375281561-2

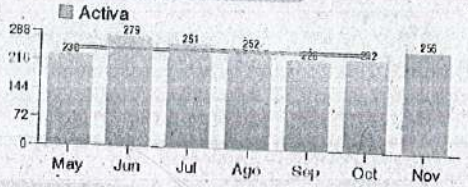
CLIENTE

CARMENZA IVETTE RODRIGUEZ JAIMES
TV 73 A NO 81 H 05
CORPPROVIVIENDA
BOGOTA, D.C. - EL MINUTO DE DIOS

19 501 5390 / 6006216

¿Quieres la factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $820,06

CONSUMO DIARIO: 8,00 kWh

VALOR DIARIO: $6.067

PERIODO FACTURADO: 24 OCT/2025 A 24 NOV/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 256 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 247 kWh

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

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD Crédito Fácil CODENSA

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

Reciba 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

Banco seguridad de The Bank of Nova Scotia vigilado Superintendencia Financiera de Colombia S.A. Establecimiento Bancario sujeto a inspección y vigilancia por la Superintendencia Financiera de Colombia. Autorización expresa y gratuita de consulta en centrales de riesgo. Consulta términos y condiciones en www.creditofacilcodensa.com

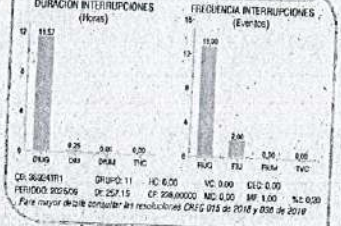
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	6,16
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005195015390
RUTA LECTURA:	35195020127
MANZANA DE LECTURA:	MS00560120
MEDIDOR NO:	6006216
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



CR: 36824171 GRUPO: 11 HC: 6.00 VC: 0.00 CEC: 0.00
PERIODO: 202509 CF: 257.15 CF: 256.00000 MC: 0.00 MF: 1.00 %E: 0.00

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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes → enelcomunidad/personas/tramites-solicitudes
Chat de servicio en enelcomunidad/personas/chat-de-atencion
322 600 6002 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5160055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Caja o Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Daviplata, Botón de Pago Bancolombia

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

Corresponsales Bancarios: CONRED, Éxito, Revel, Movired, Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Surtido, Metro

Código QR

Si quiere ser un corresponsal bancario, busque un corresponsal cercano a usted en el distrito. Escriba al correo [illegible] para saber cómo hacerlo.

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código

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

O: $295,46 T: $52,87 D: $307,03 CV: $76,68 PR: $50,36 R: $26,56 CF: $0,00 / $320,95 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BRC4-35024TR1 - NIVEL DE TENSION: 1 PRIORIDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 5514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 15 de enero 2008. 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 dicha ante de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicarse al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 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, derechos y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse 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 (Recaudo a Terceros), 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 aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención de dichas 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: 27/11/2025 02:15:53
FECHA EXPEDICIÓN: 27/11/2025 22:36:09

CUDE: cdeda23a140ea46b426a4dd32805cc54b48f3941436410481652216ba75cd34a26955d4c9ecc0c0021dc035271703f3e5

Factura impresa por Gerencial Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.0[illegible]-0.

Proveedor Tecnológico: Cervalal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: GENFinanciero - NIT 890.321.161-0

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
60	900255003231361	14.12.25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Max			COLOR: Sal pimienta	
ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA__MACHO X	RAZA Schnauzer	EDAD 2 años	PESO: 7,4 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 X ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gladys Maria Prieto Estupiñan	DIRECCION Cl 85 Bis 94F-20	TELEFONO 3005598673
CEDULA: 35316946	CORREO ELECTRÓNICO: gladysita-14@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA Quirigua / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: 10.25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	118	l/m	F. RESPIRATORIA:	28	r/m	TEMPERATURA:	37,9	ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,7 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 preq[illegible]

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Ruben Tovar TP. 28673	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:
Gadys M PRIETO ESTUPIÑAN	35 316 946

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 35.316.946

PRIETO ESTUPIÑAN

APELLIDOS

GLADYS MARIA

NOMBRES

Gladys M. PRIETO E

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-JUL-1959

IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

29-SEP-1977 ENGATIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1504600-01075368-F-0035316946-20190515 0065370262A 2 9908161112

Recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

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

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban, tau, 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. 800.095.812-8 704B/27082025 VANTI

¡Hola!

CONSTRUCTORA INFRAURBANA SAS
CL 85 BIS 94F 20 T03 00201 - QUIRIGUA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007115-3023518

Lote: P13GN **Ruta:** 0011460147986007800 **Código del Sector:** 347

Cuenta o referencia de pago **62511885**

vanti Listo

¡Compra televisor, calentador y más! Paga en cuotas a través de tu factura de gas natural

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 5.300.000



Sin trámites
Sin papeleo
Sin experiencia crediticia

vanti

Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.

Cupo hasta de $3.000.000 en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.

Extracupo hasta de $1.000.000 exclusivo para motos.

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

éxito, Alkosto, Kalley, Colsubsidio

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP. Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gases del Norte del Sur S.A. ESP. Vinculación a productos que requieren el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de la política de financiación, consúltalas en nuestra página web.

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.

347 0011460147986007800 P13GN 35064 C1

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago **62511885**

BOGOTÁ

Vigilado Superservicios

Línea: 800 007 8423
Vanti S.A. ESP
www.vanti.com.co

vanti

Gas para todos los días

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	9M3	2.741,69	0,00	24.675,21
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	4,79	0,00	4,79
Vanti Max Con Permanencia F	1UN	11.924,37	2.265,63	14.190,00

1 – Total **$43.050,00**

Tus financiaciones

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

2 – Total **$0,00**

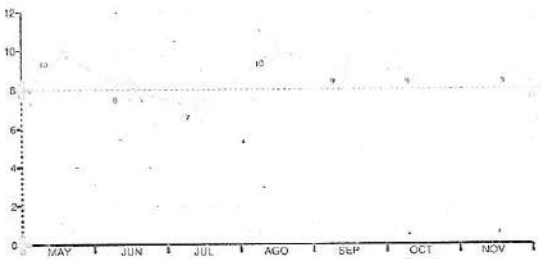
3 – Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar (1 + 2 + 3) **$43.050,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
17 Oct. 2025	2438	REAL
19 Nov. 2025	2450	REAL

m³ corregido= 2450 - 2438 * Factor de corrección = 9

Tu próxima lectura será Entre 13 y el 18 de Diciembre

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria
30 Mar. 2030

La revisión de la in... responsabilidad y ... planes establecidos ... *Resoluciones 0570 ...

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifa

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1438.91 Tr: 632.88 Dm: 599.2 Cm: 2741.69
Pc: 70.7 Cv: 0.0 Cc: 4180.0 Cons: 2741.69
Cons: 0.0 Fc: 42.512 Dec.Ct: 0.0 Dec.Cs: 0.0

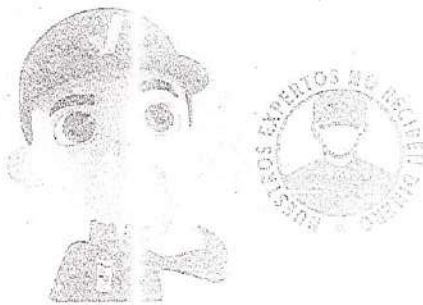
Mes: Tu consumo ... m³ de gas en kWh: 108 ...
kWh y el precio ... valor del kWh es: $272.219

Factor de corrección

Vm: 12 Kp: 0.76865 Kt: 1.00627 Kz: 0.77347
Vc: 9 Tm: 13.76 Tc: 15.56 Pc: 1.01005
Pa: 0.753 Pm: 0.0234 Pcv: 1.0
Factor de corrección: 0.77847

Tus factores de calidad

IRST: 100.0 Qm: 0.0 Ri: 100.0 Ic: 100.0



(415)7709998026025(8020)62511885(3900)00000000043050

Transacción no. xxxxxxx fue autorizada y firmada electrónicamente con vigencia de 24 meses 31/03/2025 Facturación electrónica desde N° SEOW001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

ESP. NIT. 800.007.813-5 - Revisor Fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art 130 de la ley 142 de 1994
Consejo Tecnología y Servicios S.A.S. BIC
NIL 370.321.151-0

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
61	Expiry-Date:2030/09/02 900255003231605	14-12-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Olafo		Café

ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA MACHO X	RAZA Pinsher	EDAD 6A	PESO: 18 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 X ADOPTADO REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Ana Tulia Gomez Marquez	Cl 83 N 95 -34	3102523724

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
52183298	anna.yo.ma.0616@gmail.com.

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
Bochica	3	

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/A	Junio/25	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: Enero/25. HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,18 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,08 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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. Ruben Tovar TP. 28673	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alfonso 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:
Juan Carmen Márquez	52183298

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.183.298
GOMEZ MARQUEZ

APELLIDOS
ANA TULIA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-JUN-1974
SOCOTA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
O- G.S. RH
F SEXO

05-ABR-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00007042-F-0052183298-20080506 0000230845A 1 1560015864

aseo

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

Cuenta contrato 10456147
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 11119538616
Número de esta factura de servicios públicos

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

Datos del usuario

Tipo de producto RESIDENCIAL
Und. Res. Ocupada: 1
Und. Res. Desocupada: 000
Frecuencia Barrido: 03
Estrato 3
Und. No Res. Ocupada: 0
Und. No Res. Desocupada: 000
Frecuencia Recolección: 06
Densidad 0.000
Volumen 0.00
%Participación 0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
36.319,73	17.537,80	154.680,98

Tonelades por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000

Efectivamente aprovechables 0.0835 | **Residuos no aprovechables** 0.0398 | **Aforadas - no aforadas**

Histórico de vigencias cobradas

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

La tarifa incluye subsidio o aporte*

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$73.713	Ajuste a la decena -debito-	$4
Subsidio	$11.057-		

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

Denuncia en la Línea 116

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

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

El hurto o deterioro de infraestructura afecta a todos. Si ves alguna persona de esta y alcantarillado o cualquier otra de aguas y alcantarillado, denúncialo. Llama a la línea gratuita 116 o acércate a nuestras oficinas de atención al cliente.

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: F2 RUTA: F22235C

BIMESTRAL

10456147
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11119538616
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado AGO/21/2025 - OCT/18/2025

Pago oportuno NOV/25/2025

Suspensión NOV/28/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/19/2026	NOV/06/2025 06:55:01	NOV/06/2025 12:35:21

¡Hola!

Factura a nombre de
ANA TULIA GOMEZ MARQUEZ

Dirección del predio
CL 83 95 34 BQ 8 AP 109

Barrio: BOCHICA 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 NANSEN Tipo VELO015B
Serie 808949 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

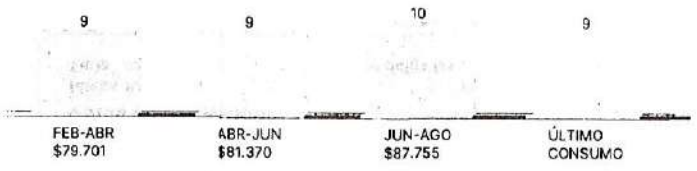
Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena. NIT. 860.037.950-5

14885 98765 48697

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 9 m³



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
9.000	153

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	3363	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	3354	Base promedio	
Tu consumo este período	9	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	NANSEN	Tipo	VELO015B
Serie	808949	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

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

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros	+	Aseo
$45.101,19		$38.435,26		$5		$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 período actual

= **Total a pagar** $146.200

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 42d0e0b84b911c82fb5fa4634c41e2e4f178b7ff22ad38aeeaf31eff4ca57b063744d3208b249384053b6ee7d7ecf7d0

DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO *-1100*000-10 EAB-ESP

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

Detalle de tu consumo este bimestre

	A Acueducto					B Alcantarillado				
	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.741,40	-15	$2.922-	$8.280,19	$16.560,80	2,00	$4.630,28	-15	$1.389-	$3.935,74	$7.871,56
Consumo residencial básico (m³)	9,00	$3.730,71	-15	$5.036-	$3.171,10	$28.540,39	9,00	$3.995,30	-15	$5.394-	$3.396,00	$30.563,70
Consumo residencial superior básico (m³)	.						.					
Cargo fijo no residencial (mes)	.						.					
Consumo no residencial (m³)	.						.					
Subtotal				$7.958-		$45.101,19				$6.783-		$38.435,26

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

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$25,04	$87,84
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$225	$791

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

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$5
Subtotal	5

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

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

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)111195386165(3900)000000062660

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$83.540

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor cajero: Si en el desprendible de aseo aparece sello y sticker de reclamación, recibir solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

(415)7707200465271(8020)111195386164(3900)000000083540

14885

98766 48697 2/2

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

HC	M	FECHA
62	900255003231191	14-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Snow Alfonso				COLOR: Blanco.	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Samoyedo	EDAD 2 A	PESO: 20.7 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO Y
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO Y		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO Y		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leidy Paola Alarcon Gamargo	DIRECCION Kra 77A No 75A03	TELEFONO 3203751867	
CEDULA: 33378199	CORREO ELECTRÓNICO: leidypao1193@gmail.com.		
BARRIO O VEREDA Tabora	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Universidad NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___		

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
120 l/m	34 r/m	37.8 °c	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,8 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	6 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	08 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ———

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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. Ruben Tovar TP. 28673	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:
Jeidy Alarcón	33370199

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 33378199

ALARCON CAMARGO
APELLIDOS

LEIDY PAOLA
NOMBRES

Leidy Paola Alarcón
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 09-ABR-1985
TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-MAY-2003 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

P-0700100-33115952-F-0033378199-20030613 0715003164A 01 135946705

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0572549-5**

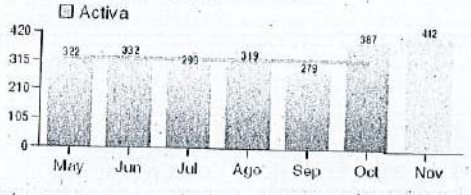
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 374806326-0

JOSE ALFONSO CAMARGO
KR 77 A NO 75 A 03
BOGOTA, D.C. - TABORA

17 501 3289 / 72004285

¿Quieres ir a tu factura virtual? Escanea el código

CONSUMO MENSUAL (kWh)



VALOR kWh APLICADO: $820,96

CONSUMO DIARIO: 13,73 kWh

VALOR DIARIO: $10.741

PERÍODO FACTURADO: 22 OCT/2025 A 20 NOV/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 412 kWh

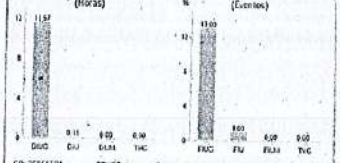
CONSUMO PROMEDIO DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES: 343 kWh

Tu consumo actual no supera los meses de mayor consumo de los últimos 2 años

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	16,00
FACTOR:	1
FUTA REPARTO:	30005175013289
FUTA LECTURA:	35175180426
MANZANA DE LECTURA:	MS00560933
MEDIDOR NO:	72004285
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO 35656781 GRUPO 11 HC 0.00 VC 0.00 CXC 0.00
PERIODO 202509 Gi 257,15 Gf 273,60000 DC 0.00 LF 1.00 %a 0.00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

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

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Gi Reval, MOVIRED, Supergiros, Su Red, Su Red Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel Únicamente Pago, Consulta y Facturación

Almacenes de Cadena: Olímpica, Metro

Código QR

Si paga en un supermercado bancario, exige el desprendible del datáfono. El sello del comercio solo no es un soporte válido en caso de reclamo.

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

G: 1.295,46 T: $52,07 D: $307,93 CV: $76,69 PR: $69,35 R: $29,56 CF: $0,00 / $820,55 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CIRCUITO: ENH-35656781 - NIVEL DE TENSIÓN2 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 IIE 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 0001 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."

En cumplimiento de la resolución CREG 015/11 consultar tu nivel de riesgo en

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 o 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



CONTÁCTANOS

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

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

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



FECHA GENERACIÓN: 25/11/2025 00:40:54
FECHA EXPEDICIÓN: 25/11/2025 20:25:11

CUDE: 47557b9850e983b7b305a01b3f788ab0dbca7640d5e5300d22e92c0eba43b4cb031cb5d9fb1965f3a8f7354c7e1f440ed5

Facturación impresa por Centros de Soluciones de Comunicación S.A.S NIT 800.096.832-6

Proveedor Tecnológico: Cenvalt Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 900.321.151-0

:230 + Portafolio Enel X 2 $0 = Total a Pagar $322.230

PAGO OPORTUNO
04 DIC /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
09 DIC/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0572649-5

FECHA DE EXPEDICIÓN: 20 DIC /2025

Tipo de Lectura: Real — **Situación encontrada: Proceso analítica datos**

CALCULO CONSUMO TS ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA EP	73.752		73.340		412		1		412	412		$820,96		$338.236
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$307,93		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $820,9603		X		Beneficio -15,00 %					$16.009
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $10.741 DIARIOS												SUBTOTAL:		$322.227

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$3
SUBTOTAL:	$3

Cargos que no hacen parte de la factura de energía

1 TOTAL ENERGÍA: $322.230

Otros cobros de productos y servicios

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

2 TOTAL OTROS: $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.063

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

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

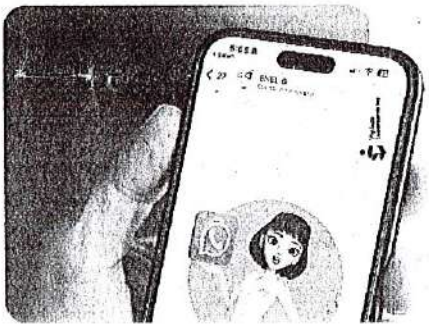
Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

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
0572649-5

Documento Equivalente Electrónico No.
374806326-0

(415)7707209914253(8020)010572649537480632 60(3900)00000000322230

PAGO OPORTUNO
04 DIC /2025

TOTAL A PAGAR
$322.230

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

HC: 63	MICROCHIP: 900255003231641		FECHA: 14.12.25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD 1

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sultan			COLOR: Negro Amarillo	
ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 9 meses	PESO: 23,6 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO X MIXTO OTRO____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____ COMPRADO____ ADOPTADO____ REGALADO X PERRO DE CUADRA____ OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Marino Edgar Narvaez de Jesus		DIRECCION cl 87 95F-15	TELEFONO 3003876796
CEDULA: 14 978 073		CORREO ELECTRÓNICO: 3003876796@Sincorreo.com	
BARRIO O VEREDA Ciudad Bachue	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL_		

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	120	l/m	F. RESPIRATORIA:	20	r/m	TEMPERATURA:	38,0	°c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2,7 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,5 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,92 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 14978073

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:

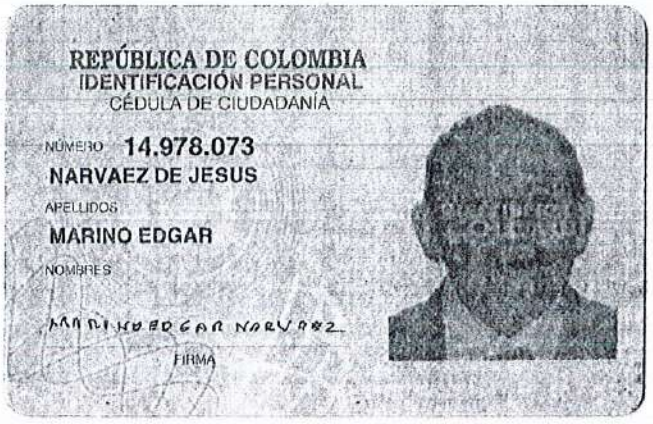
AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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 14.978.073
NARVAEZ DE JESUS
APELLIDOS
MARINO EDGAR
NOMBRES

MARINO EDGAR NARVAEZ
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-ENE-1951
TIMBIO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

08-FEB-1973 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00973355-M-0014978073-20180129 0059313640A 1 9903047317

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: F2 RUTA: F22236A

BIMESTRAL

10408250
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11809430298
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
ICTICT

Dirección del predio
CL 87 95F 15 IN 105

Barrio: CIUDAD Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca WATERTECH ITALIA Tipo VELO015C
Serie 10-1232052 Diámetro pulgadas ½

Período facturado AGO/21/2025 - OCT/18/2025

Pago oportuno NOV/25/2025 Suspensión NOV/28/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/19/2026	NOV/06/2025 06:54:22	NOV/06/2025 12:32:22

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

100873 49735

15925

aseo

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

El servicio de aseo se factura de forma bimestral

10408250
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11809430298
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

KR 69 No. 80-27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
Horario de Atención
BOGOTÁ 601144843-9

Datos del usuario

Tipo de producto RESIDENCIAL
Und. Res. Ocupada: 2 Und. No Res. Ocupada: 0 Estrato 2
Densidad 0.000
Und. Res. Desocupada: 000 Und. No Res. Desocupada: 000 Volumen 0.00
Frecuencia Barrido: 03 Frecuencia Recolección: 06 %Participación 0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT	Costo variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
72.639,48	33.653,12	154.680,98

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo tasiderical	$146.005	Ajuste a la decena -credito-	$3-
Subsidio	$58.402-		

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$87.600
Aporte (+)	00%	Total Cargos del periodo	$87.600
Información - deuda total		Ningún uso Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Recharzo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000

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

Histórico de Vigencias cobradas

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

La tarifa incluye subsidio o aporte

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

Manipulación de cajas, tapas, rejillas, medidores, o inexistentes.

Cajas o tapas levantadas

El hurto o faltante de medidores, rejillas y tapas.

Cuidemos de las siguientes estructuras, así protegeras la disponibilidad de sus servicios públicos.

Denuncia en

Bogotá

Bogotá

Usuarios residenciales, comerciales, industriales y oficiales

Peatones y ciclistas

Conductores de vehículos

Propietarios o administradores de predios

Residentes o visitantes

Ciudadanía en general

Vecinos de obras

Transportadores de carga pesada

Conductores de vehículos de transporte público

Conductores de vehículos de emergencia

Conductores de vehículos de transporte escolar

Conductores de vehículos de transporte de valores

Conductores de vehículos de transporte de sustancias peligrosas

Conductores de vehículos de transporte de residuos peligrosos

Conductores de vehículos de transporte de residuos hospitalarios

Conductores de vehículos de transporte de residuos radiactivos

Conductores de vehículos de transporte de residuos biológicos

Conductores de vehículos de transporte de residuos químicos

Conductores de vehículos de transporte de residuos farmacéuticos

Conductores de vehículos de transporte de residuos de construcción y demolición

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mudanza

Conductores de vehículos de transporte de residuos de limpieza urbana

Conductores de vehículos de transporte de residuos de poda y corte de césped

Conductores de vehículos de transporte de residuos de jardinería

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de zonas verdes

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de vías

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de puentes

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de túneles

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de alcantarillado

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de redes de acueducto

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de redes de alcantarillado

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de redes de gas

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de redes de electricidad

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de redes de telecomunicaciones

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de redes de fibra óptica

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de redes de televisión

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de redes de radio

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de redes de internet

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de redes de telefonía

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de redes de televisión por cable

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de redes de televisión satelital

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de redes de televisión digital

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de redes de televisión analógica

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de redes de televisión por internet

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de redes de televisión por satélite

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de redes de televisión por cable

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de redes de televisión digital

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de redes de televisión analógica

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de redes de televisión por internet

Conductores de vehículos de transporte de residuos de mantenimiento de redes de televisión por satélite

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
64	900255003231199	14.12.25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Mono		Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA MACHO X	RAZA	EDAD	PESO	MANEJO ESPECIAL:
		Mestizo	6 años	27,5 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
Maria Liliana Martinez Guarnizo	Kr 94 J bis 81a-21	3214795341

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
51 814 246	3214795341@sincorreo.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Quirigua	3	ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
NIA	07-25	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: 11.25
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
100 l/m	20 r/m	38.2 °c	2 seg	Rosada/o

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,8 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	7 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.88 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Afanso 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: 1314246 3TD

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

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



DUPLICADO CC
51.814.246

APELLIDOS / NOMBRES
MARTINEZ GUARNIZO
MARIA LILIANA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
01-DIC-1965
MELGAR - TOLIMA

FECHA DE EXPEDICIÓN
03-JUL-1984

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
BOGOTA D.C. - BARRIOS UNIDOS BOGOTA DC

OFICINA DE ENTREGA
BOGOTA D.C. - BARRIOS UNIDOS BOGOTA DC

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

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 11-JUN-2026

8517508354
11-DIC-2025

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0600048-2**

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 375366109-3

CLIENTE

ANGELA AYALA MARTINEZ
KR 94 J BIS NO 81 A 21
BOGOTA, D.C. - QUIRIGUA

20 504 9504 / 27581837

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD
Crédito fácil CODENSA

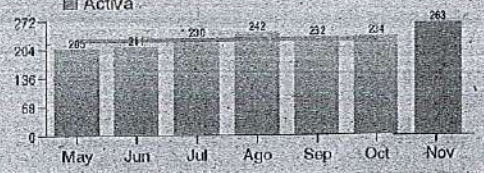
¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000
EN EFECTIVO

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

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $820,96

CONSUMO DIARIO: 8,22 kWh

VALOR DIARIO: $6.247

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 208 kWh

PERÍODO FACTURADO: 25 OCT/2025 A 25 NOV/2025 | DÍAS FACTURADOS: 32 | CONSUMO MES 263 kWh

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

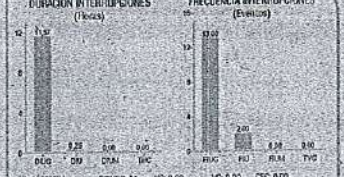
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	9,42
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000520504 9504
RUTA LECTURA:	35205070168
MANZANA DE LECTURA:	MS00561826
MEDIDOR NO:	27581837
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



CU: 1200191 | GRUPO: 11 | HC: 0,00 | VC: 0,00 | CEC: 0,00
PERD00: 207,569 | DI: 267,16 | CF: 222,00000 | MC: 0,00 | MF: 1,00 | %: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

CONTÁCTANOS

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

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual
dale! | MOVII | Nequi | tpaga

Corresponsales Bancarios
CONRED | efácil | Reval | MOVIRED | puntored | efecty

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel Colombia Chile, Brasil y Fortaleza

Almacenes de Cadena
Jumbo | Alkosto

Código QR

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

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: OCT/2025
G: $296,45 T: $52,97 D: $307,93 CV: $76,68 PR: $60,56 R: $28,56 CF: $0,00 / $630,98 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL33 12907181 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por m². Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002 - IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 De 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. - Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.
¹Sobre 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 015 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
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 28/11/2025 00:49:18
FECHA EXPEDICIÓN: 28/11/2025 17:29:17

CUDS: fdfc760a0e0b90ca4319f0222a9e54c46c70bd8382553fe681d0970fda670dfe2c13f200ab6d1599a5ad5c6840004 9e64

Primavera Tecnología Cervalle Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CEN Facturo - NIT 900.321.151-0