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

HC: 104	MICROCHIP: SI — Expiry-Date:2030/09/02 — 900255003231376		FECHA: 14-12-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mono				COLOR: Naranja	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 7A	PESO: 4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X	
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI:____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO____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: 52475838	CORREO ELECTRÓNICO: parrarodriguezdianamarcela@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Villas de Alcala — ESTRATO: 0	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI____NO X — SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
120 l/m	34 r/m	38.7 ºc	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,25 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	✓ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	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. 11441	FIRMA

3. 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 de Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Ana Tarra	52 475 838 BK

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
03 FEB 1978

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
11 MAR 1996, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
25 AGO 2032

.CO

0031211 33

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0031211336150 01<<<<<<<<<<
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
PAPEL ECOLÓGICO

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

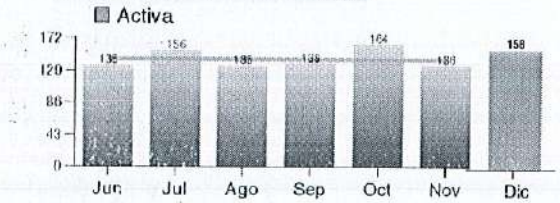
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 376135788-7

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.

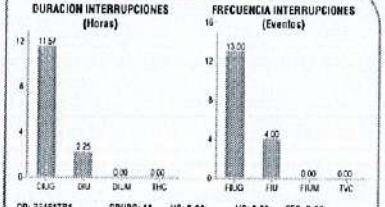
Repórtalo de forma anónima al **601 514 0000** o a través de nuestra **página web: enel.com.co**



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



CD: 75461TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/10 DI: 257,15 CF: 164,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2014

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
318 880 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Baloto, Reval, Bancolombia, Puntos de atención Bancolombia, MOVIRED, puntored, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Olímpica, 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: OCT/2025**
G: $296,46 T: $52,97 D: $307,93 CV: $76,58 PR: $60,36 R: $26,56 CF: $0,00 / $820,96 Costo kWh Mes

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

FECHA GENERACIÓN: 05/12/2025 05:09:34
FECHA EXPEDICIÓN: 05/12/2025 16:06:09

GRUPO: 11 CIRCUITO: GL21-75461TR1 - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

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

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

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

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

En cumplimiento de la resolución 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: 55a3da2d9a3856e84c73199d5726710515f50ab4f885a8a7bff64cf175fb929cdf9b7d94919aac5d5295884f6564d702d9

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 800.096.632-8.

119296

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

HC: 105	900255003231195	NO	FECHA: 14-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dante.			COLOR: Gris blanco	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 10m	PESO: 3.7 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO X MIXTO OTRO____		

ORIGEN: NS/NR_ RESCATADO____ COMPRADO____ ADOPTADO X REGALADO____ PERRO DE CUADRA____ OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Santiago Andres Nore Parras	DIRECCION Dag 91 No 87A 55	TELEFONO 3175666469	
CEDULA: 1.015.480.987	CORREO ELECTRÓNICO: Santinop99@hotmail.com.		
BARRIO O VEREDA Quirigua	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnologo NS/NR.	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL__		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: N.A.	ULT. DESPARASITACIÓN: 09-2025.	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: 09-2025.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38.0 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,1 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 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:
Santiago Andres Nova	1013680987

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 1.015.480.987
NORE PORRAS
APELLIDOS
SANTIAGO ANDRES
NOMBRES

Santiago Andres Nore
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-ABR-1999
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

12-MAY-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

P-1500150-01408122-M-1015480987-20240103 0138118733A 1 9926167523

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Noviembre 2025

FACTURA EN LÍNEA

MARIA EUGENIA CHAVEZ
DG 91 87A 55 I01 - QUIRIGUA
BOGOTA

Vanti

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

Tus últimos consumos

Datos de medición

Componentes tarifarios

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras

Botón PSE

Botón Bancolombia

Total a pagar $39.820,00

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

Escanea para pagar tu factura

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

Línea telefónica solo para emergencias Atención las 24 horas

Fijo - Móvil: 164

Atención virtual

Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea

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

PREVISIÓN EXEQUIAL

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

Compra con tu cupo de crédito lo que quieras de hasta

en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.

Exclusivo para motos.

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

Comunícate con nosotros y solucionamos tus inquietudes

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago 60774023 BOGOTA

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 Pago oportuno 04 Dic. 2025

2 Fecha de suspensión 05 Dic. 2025

3 Periodo facturado Oct. - Nov. 2025

4 Emisión de tu factura 21 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	13M3	2.741,69	0,00	35.641,97
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	-1,97	0,00	-1,97

1 – Total $39.820,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

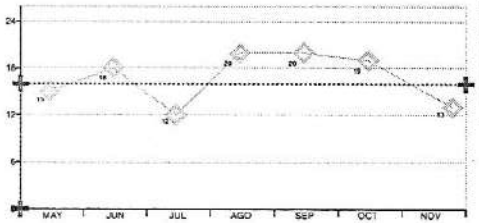
3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $39.820,0

Pago por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
17 Oct. 2025	6440	REAL
18 Nov. 2025	6457	REAL

m³ corregido= 6457 - 6440 * Factor de corrección = 13

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 Sep. 2030

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 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
Pf: 70.7 Cvm: 0.0 Cufm: 4180.0 Cuvm: 2741.69
Cvnr: 0.0 Tpem: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³Tu 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 Kt: 1.00627 Pc: 0.77347
Vc: 13 Tm: 13.76 Tc: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.0234 F' pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77347

Indicadores de calidad

INST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPR: 100.0



(415)7709998026025(8020)60774023(3900)00000000039820

Factura No. F15B70014797 4390 C1

9607fd63a9e7f911d02b041fd758df1d9e374e9cae9382ee611b2a3a79ad1e7a7995cc9632fe826126c3cf4b89

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

MÁS INFORMACIÓN >

CAPILLAS DE LA FE

CORSERPARK
Con usted en los momentos difíciles

Síguenos

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

HC	106	900255003231617	IO	FECHA: 14-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ary.			COLOR: Gris
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO Y	RAZA Mestizo	EDAD 2A	PESO: 3.8 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO Y	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: Sebastian Ceby Vivas.	DIRECCION CL 76B No 105b 21	TELEFONO 3227309622
CEDULA: 1000952672.	CORREO ELECTRÓNICO: Sebax4646@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Garces Navas	ESTRATO: 3.	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 110 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38,0 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 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 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. 9745	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Atense Ferro MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. [illegible]	FIRMA	

3. 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:
Sebastian. C	1007952672

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 1.000.952.672

CELY VIVAS

APELLIDOS

SEBASTIAN

NOMBRES

Sebastian Cely

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-MAR-2002

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

25-AGO-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1500150-01154088-M-1000952672-20200827 0071568648A 1 8500564814

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0585968-4

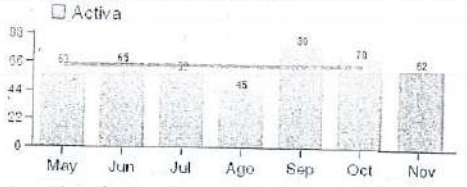
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 372815278-6

GILMA BORDA PADILLA
CL 76 B NO 105 B 21
BOGOTA, D.C. - GARCA.S NAVAS ORIENTAL

05 709 6950 / 2985215

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO DE TU CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $820,96

CONSUMO DIARIO: 2,14 kWh

VALOR DIARIO: $1.492

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

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 62 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 5 MESES 64 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y/o CONSUMO de energía suministrado entre el rango de la factura!

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

Franquicia registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Servicios prestados por Credencial S.A. Establecimiento de crédito vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a políticas de crédito de terceros. Consulta términos y condiciones en www.creditofacilcodensa.com

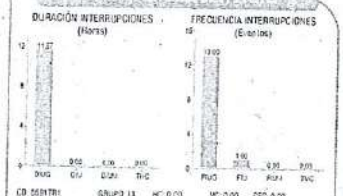
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	15,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007057096950
RUTA LECTURA:	37057180138
MANZANA DE LECTURA:	MS00562829
MEDIDOR NO:	2985215
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CD 0581781 GRUPO 13 HC: 0.00 VC: 0.00 DSC: 0.00
PERIODO: 202509 DI: 257.16 CF: 50.00020 MC: 0.00 MF: 1.00 *st: 0.20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 035 de 2019

CONTÁCTANOS

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

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140065 denuncias@enel.com

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

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

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

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

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

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel Bodegas Chia, Girardot y Facatativa

Almacenes de Cadena: Almacenes Exito

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, gasta el cupón anterior del día. El cupón original vence en 30 días. El cupón original vence en 30 días. El cupón original vence en 30 días.

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.

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

G: $295,46 T: $52,97 D: $307,93 CV: $76,68 PR: $60,36 R: $26,58 CF: $0,00 / $820,06 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL27-0581781 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Sentos 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 0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

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

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 07/11/2025 01:27:18
FECHA EXPEDICIÓN: 07/11/2025 21:03:12

CUDE: f10e91b751b77ee45773cbf2179ae2d1c8c1fb5f1755a9d44f3dffb60eb249eed83db44098fb5e49eb15ff4b4131aacf2

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 900.058.912-8. Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Número del SW: CENFinanciero - NIT 860.021.151-0

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

HC: 107	900255003231618	NO	FECHA: 14-12-2025.

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dave.				COLOR: Blanco negro	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA mestizo	EDAD 5m	PESO: 3.1 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_ NO Y	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO Y			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Milena Rancancio Ruiz	DIRECCION Kra 91A No 85A78	TELEFONO 3213466895	
CEDULA: 52874092	CORREO ELECTRÓNICO: Sampdiaruiz@gmail.com.		
BARRIO O VEREDA Primavera	ESTRATO: 3.	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Secundaria.	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL_		

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud.

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: 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	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9715	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41341	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 Ramirez B	52974092

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 52.874.092

RONCANCIO RUIZ
APELLIDOS

SANDRA MILENA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-MAY-1982

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

13-JUN-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00685405-F-0052874092-20150409 0043769506A 1 7723314948

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:** F22229

BIMESTRAL

12658842	17828214811
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
UBALDO ZAMORA CARDENAS UBALDO

Dirección del predio
KR 91A 85A 78 AP 302

Barrio: PRIMAVERA 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 BAYLAN Tipo VELO015R160
Serie 18820505 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 06:56:06	NOV/06/2025 12:48:53

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

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

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

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

cadena. NIT. 830.930.534-0

10116

89097 43936

---

aseo

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

12658842	17828214811
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

KR 69 No. 80-27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
Horario de Atención
BOGOTÁ 901144343-9

Datos del usuario

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

Componentes de tarifas

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

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000
Efectivamente aprovechables	**Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas**	
0.0635	0.0398	

Histórico de vigencias cobradas

3			Días liquidados
$64.840	$63.564	$60.652	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

G Estado de cuenta aseo

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

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

Denuncia en la Línea 116

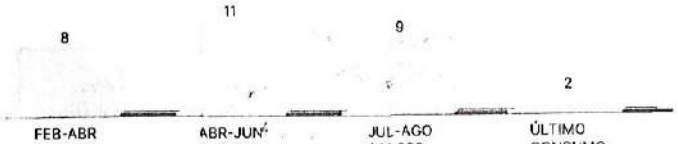
cualquiera de las siguientes situaciones. Así protegerás la disponibilidad de tus servicios públicos:

- El hurto o faltante de medidores, rejillas y tapas.
- Cajas o tapas levantadas o inexistentes.
- Manipulación de cajas, tapas, rejillas, medidores.
- 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.

Tu consumo en este período

En los 3 periodos 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
2.000	34

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	149	Facturado con	Bajo consumo
Lectura anterior	147	Base promedio	
Tu consumo este periodo	2	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	BAYLAN	Tipo	VELO015R160
Serie	18829505	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
$22.903,22	+	$14.663,16	+	$385	+	$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** $100.610

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 6f840aba33b7d2d62bca9af3779948ff5a7c2dec17d6c67a3eb9456c7cd4c02e33404ddd4f24489759bb573a4a8a75fe

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)	2,00	$3.730,71	-15	$1.119-	$3.171,10	$6.342,42
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$4.041-		$22.903,22

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)	2,00	$3.995,30	-15	$1.199-	$3.395,00	$6.791,60
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$2.588-		$14.663,16

* 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)	$25,04	$87,84
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$50	$176

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	$5
I-intereses de mora	$380
Subtotal	385

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, Itau, 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)7707200469896(8020)178282148113(3900)000000062660

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$37.950

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)178282148110(3900)000000037950

10116

88098 43936 2/2

DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-1100100-10 EAB-ESP

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

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

HC: 108	900255003231601	NO	FECHA: 14-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Garfield.			COLOR: Blanco-Amarillo
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Persa.	EDAD 1 A	PESO: 3.1 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO X MIXTO OTRO____

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO____ COMPRADO____ ADOPTADO____ REGALADO X PERRO DE CUADRA____ OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Janeth Barrera Cabuya	DIRECCION Kra 94HNo 85-34	TELEFONO 3115454926
CEDULA: 52 586 491	CORREO ELECTRÓNICO: Valeryfalcon.0412@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Quirigua.	ESTRATO: 3.	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachiller / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL__	

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud.

ULT. CELO: N.A	ULT. DESPARASITACIÓN: 09-2025.	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: 08 2025 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 08 2025.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 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	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria ASC	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:
Paola Barrera	52 586 491

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 52.586.491
BARRERA CABUYA
APELLIDOS
MARTHA JANETH
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-ENE-1973
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1,58 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
14-MAY-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-1500150-00018382-F-0052586491-20060628 0000582677A 1 1280006896

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas ingresa a nuestra página web

0639199-2

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

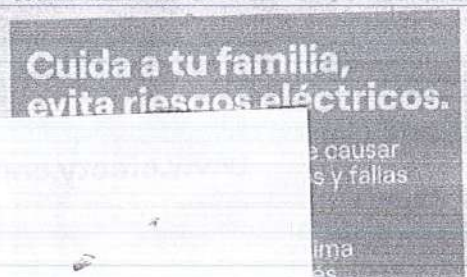
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 376147520-3

CLIENTE

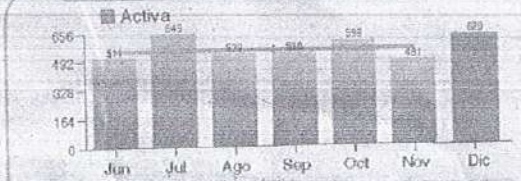
ANA CECILIA BERNAL DE MENDEZ
KR 94 H NO 85 34
MZ 50
BOGOTA, D.C. - QUIRIGUA

04 703 6199 / 595756





COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO:	DÍAS FACTURADOS:	CONSUMO MES
31 OCT/2025 A 02 DIC/2025	33	620 kWh

¡Ahora en tus manos tenemos 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:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007047036199
RUTA LECTURA:	37047170449
MANZANA DE LECTURA:	MS00661854
MEDIDOR NO:	595756
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 S...



¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago



Corresponsales Bancarios



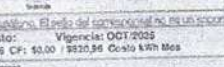
Red Distrital



Centros de Servicio



Almacenes de Cadena



Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del sistema. El pago del corresponsal no es un recibo válido ante una visita de inspección.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: OCT /2025
G: $296,46 T: $52,87 D: $307,83 CV: $76,68 PR: $50,36 R: $26,56 CF: $0,00 / $830,96 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: 8135-13975R1 - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por est. Somos autorretenedores según Resolución No. 0647 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. 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 da cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron colocaciones, sanciones 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 (Mandatos de Cobranza), de acuerdo con la agregación 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 dirígete 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: 6696Bae9c0aa3513e41e1981b047f4ea0fa5a6b23b2aa62bfe8d312ba13bdffb81f62b5f12c5e4b2000a4edfe84d3795e9

CORRESPONSAL BANCARIO
DAVIBANK
Puntored no te cobra por esta transaccion
Pago de facturas Davibank

TRANSACCION EXITOSA

Fecha	11/12/2025
Hora	15:04:02
Terminal	310812
Convenio	RECAUDO ENEL VENCIDO Y NO VENCIDO
Cod. Convenio	0266
Referencia	06391992
Valor	$507,990
Transaccion	001299903120
Usuario	NINY JOHANA MORA MEJIA

Linea de atención personalizada en Bogotá. 3487881 Resto del País: 0 6000 960 505
Aqui tambien puede pagar su tarjeta de credito y creditos de consumo del Banco Davibank
BANCO DAVIBANK VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FECHA GENERACIÓN: 05/12/2025 04:48:43
FECHA EXPEDICIÓN: 05/12/2025 16:32:16

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC. Nombre del OR: CENPrivacy - NIT 890.821.161-0

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.095.213-0.

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 MARTHA BARRERA, identificado con cédula de ciudadanía número 52986491, de BOGOTA autorizó el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino ☐ felino ☒ de Nombre THOMAS Raza PERSA Edad 3 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: Martha Barrera

FECHA: 14-12-2025
JORNADA #
UBICACION Quirúrgica

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

HC: 109	MICROCHIP: 900255003213646		FECHA: 14.12.25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Gary			COLOR: Amarillo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 4 años	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 X COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yuri Andrea Villalba Aparte	DIRECCION: TV 123 63 F 26	TELEFONO: 3123213416
CEDULA: 1057 464 700	CORREO ELECTRÓNICO: villaandrea2010@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Engativa Zona Urbana / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL___	

3. ANAMNESIS

Rescatado hace 1 mes

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	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	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

Asf 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:
Yuri Villalba.	1057464706

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 1.057.464.700
VILLALBA APONTE
APELLIDOS
YURI ANDREA
NOMBRES

Yuri Villalba.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-DIC-1992
FACATATIVA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
08-FEB-2011 RAMIRIQUI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
A-1500150-00838589-F-1057464700-20160702
0050341368A 1
1203990408

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 800 063 875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **7645195-2**

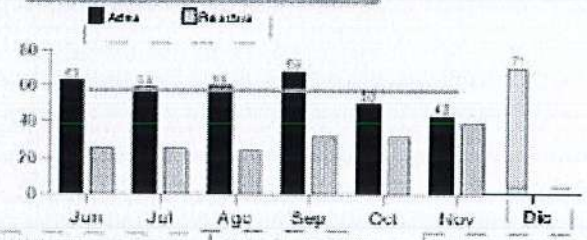
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 376280571-0

CLIENTE

MENDEBAL SA
TV 123 NO 63 F 26 TO2 AP 501
TV 123 NO 63 F 26 TORRE 2 APTO
BOGOTA, D.C. - ENGATIVA ZONA URBANA

05 501 2977 / 21408010

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $800,09

CONSUMO DIARIO: 2,15 kWh

VALOR DIARIO: $1.757

PERÍODO FACTURADO: 01 NOV 2025 A 03 DIC 2025

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES 71 kWh

SU ÚLTIMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 57 kWh

Hemos registrado una variación en el consumo durante este período. Por eso, hemos facturado a partir de la siguiente explicación: Tu consumo actual no supera el promedio de los clientes de tu mismo estrato

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3003055012977
RUTA LECTURA:	35055010325
MANZANA DE LECTURA:	MS00563611
MEDIDOR NO:	21408010
SUBCLASE:	Básica

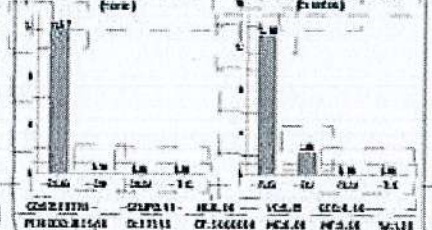
USO SEGURO DE ENERGÍA

Mantén tu apartura eléctrica bajo llave del agua. Nunca uses adaptadores planchas o cargadores cerca de lavaderos y duchas.

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN SISTEMA PROMEDIO ES (horas)

FRECUENCIA SISTEMA PROMEDIO ES (veces)



¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

Código QR

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV2025

CONTÁCTANOS

Trámites solicitudes

Chat en línea

318 8966003 (Línea Bot o para Asesor)

Enel Colombia

@EnelClientesCO

Registrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Cliente Hogares

ENCUESTA SOBRE EL CLIENTE

Bogotá, Soacha y Girardot 601 5 115 115

EMERGENCIAS

115 Gratuitas las 24 horas

DENUNCIAS

601 5140095 denunciaenel@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

defensor@enel.com

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**



Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



FECHA GENERACIÓN: 09/12/2025 01:12:17
FECHA EXPEDICIÓN: 09/12/2025 15:58:18

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Versión del SW: CEVAnuncios - NIT 830.021.151-0

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Servicio autorizado según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.

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 comunicarse al (57 1) 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. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 156 2011 consulte tu factura aquí www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se informa a los usuarios, autoridades y responsables de las acciones a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para efectos de mayor información, los invitamos a consultar nuestra página web o acercarse a nuestros puntos de atención en Bogotá, Soacha y Girardot.

Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Empresa 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. E.S.P. 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 prestación 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.

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

HC: 110	MICROCHIP: 900255003231365	FECHA: 14.12.25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Moro			COLOR: Amarillo blanco
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1 año	PESO: 4,5 KG / MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sebastian Dario Gonzalez Cruz	DIRECCION Kr 90 bis 75-77	TELEFONO 3163252532
CEDULA: 1019 070 095	CORREO ELECTRÓNICO: sgc151@hotmail.es	
BARRIO O VEREDA Santa Rosita / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Profesional / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

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	0,25 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.)	0,5 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/ovariectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9713	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero 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: 1019070095

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.019.070.095

GONZALEZ CRUZ

APELLIDOS

SEBASTIAN DANIO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 21-ABR-1992

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

26-ABR-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1500150-00242706-M-1019070095-20100428 0022492171A 1 34651242

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 Davivienda · Davivienda Davivienda · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7048227003025 VANTI

¡Hola!

RAMON DARIO GONZALES
KR 90 BIS 75 77 123 00301 - SANTA ROSITA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5157198-68809

315

Lote: P18GN **Ruta:** 0011390160920005900 **Código del Sector:** 315

Cuenta o referencia de pago **61254750**

0011390160920005900 P18GN 49395

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO
APROBADO ES:

vanti



Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.

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

Extracupo hasta de
$2.000.000
exclusivo para motos.

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

Éxito · Alkosto · Ktronix · Homecenter

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasrazor S.A. ESP. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación en bonzana ofrecido por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de la política de financiación, consúltala en: grupovanti.com/compra

Remitente: VANTI
RAMON DARIO GONZALES
KR 90 BIS 75 77 123 00301
BOGOTA
Cuenta: 61254750
49395

01151811240493 95

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.

49395

C1

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago **61254750**

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
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**

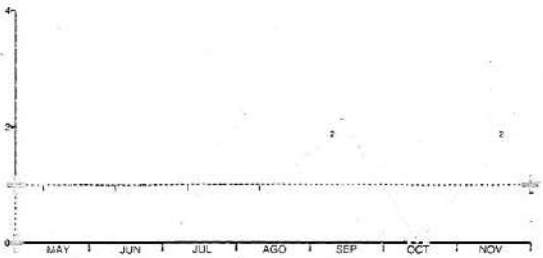
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

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

m^3 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 revision y evite la suspension (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

(415)7709998026025(8020)61254750(3900)00000000009660

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 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

M/m³ Tu consumo en m^3 de gas equivale: 24 kWh y el precio unitario del kWh es: $402.641

Factor de corrección

Vm: 2	Kp: 0.76865	Kt: 1.00627	Pr: 0.77347		
Vc: 2	Tm: 13.76	Tz: 15.56	Pe: 1.01008		
Pb: 0.753	Pm: 0.0234	F pv: 1.0			

Factor de correcion: 0.77347

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IFIL: 100.0





Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2004 Retención de IVA. Autorretenedores. Resolución No. 4950 del 17-JUL-1958. Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764091287052 del 31/03/2025. Facturación electrónica desde Nº 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Empresa vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NURI 2.11001000.5. VANTI S.A. ESP NIT: 800.007.813-5. Régimen Fiscal Común. Y Tarifa de 5 A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la Ley 142 de 1994

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

HC	MICROCHIP: 900255003231370	FECHA:
111		14.12.25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Piolin		Negro

ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 5 meses	PESO: 2,2 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO 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
Arnulfo Erasmo Lozada Valencia	Kr 91a 83a-09	3244279167

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
79 459 148	3244279167@sincorreo.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Primavera	3	ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: NS/NR.	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL___
Primaria	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
N/A	11.25	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	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	008 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

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: 79459148

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 79.459.148

LOZADA VALENCIA

APELLIDOS

ARNULFO ERASMO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-SEP-1968

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	A+	M
ESTATURA	G.S RH	SEXO

29-OCT-1986 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00018682-M-0079459148-20080701 0000702633A 1 1430002929

enel Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **3383651-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 371687976-7

CLIENTE

MYRIAM MOLANO NARANJO
KR 91 A NO 83 A 09 CA 1
FACHADA
BOGOTA, D.C. - PRIMAVERA

Pagado X transf. 10 NOV

20 503 3300 / 2943264

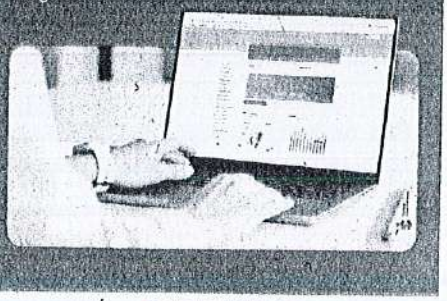
¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

Realiza tus trámites de forma fácil y segura.

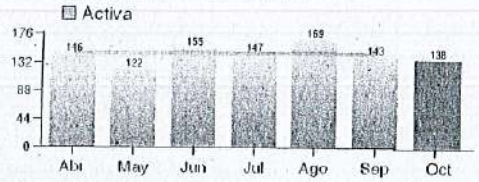
Ingresa en la zona privada de enel.com.co y podrás:

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $818,83

CONSUMO DIARIO: 4,60 kWh

VALOR DIARIO: $3.234

CONSUMO PROMEDIO (ULTIMOS 6 MESES): 142 kWh

PERÍODO FACTURADO: 25 SEP/2025 A 24 OCT/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 138 kWh

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

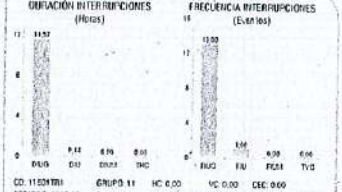
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	300052050033300
RUTA LECTURA:	35205050059
MANZANA DE LECTURA:	MS00561723
MEDIDOR NO:	2943264
SUBCLASE:	Básica

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Revisa tus cables regularmente. Mantenerlos en buen estado es una forma sencilla de asegurar un entorno confiable y libre de riesgos.

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 11.524781 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 202508 DI: 254,43 CF: 150,00000 VC: 0,00 DF: 1,00 %I: 0,00

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 035 de 2019

CONTÁCTANOS

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

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE
Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

EMERGENCIAS
115 Gratuita las 24 horas.

DENUNCIAS
601 5140055
denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

- AFP Banco
- Internet
- Teléfono Banco
- Débito Automático
- Cobro Electrónico
- AFP Enel Clientes Colombia
- Botón de pago PSE en Zona Privada enel.com.co
- Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual

- daviplata
- nequi
- dale!
- MOVII
- Nequi
- tpaga

Corresponsales Bancarios

- CONRED
- efácil
- Reval
- MOVIRED
- efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

- enel
- Únicamente Cifra, Diverdet y Facetativa

Almacenes de Cadena

- Olímpica
- Metro

Código QR

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

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

G: $294,58 T: $51,66 D: $305,19 CV: $77,00 PR: $59,90 R: $30,50 CF: $0,00 / $818,83 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BLAA-11501781 - - NIVEL DE TENSIÓN: 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 0061 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, 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 de estos por cada Empresa.

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

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios

Escanea el código



FECHA GENERACIÓN: 28/10/2025 00:27:48
FECHA EXPEDICIÓN: 28/10/2025 12:47:19

CUDE: 918e1f1f10ecf15d469cd1a1bb9828994ca8c321e3306da85fa0821e4557417201b7cd131fa48a1d41c2d15b86253a387

Factura impresa por Cenpel Soluciones de Comunicación S.A.S. NIT 890.321.151-0 Proveedor Tecnológico, Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: GENFinanciero - NIT 890.321.151-0

$97.030 + $0 = $97.030

07 NOV /2025

11 NOV/2025

25 NOV /2025

ENERGIA

Cuenta Contrato 3383651-5

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

CALCULO CONSUMO DE ENERGIA	Lectura Actual	-	Lectura Anterior	=	Diferencia de Lectura	X	Factor	=	Consumo Facturado	Subsidio Aplicado	X	Valor kWh	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA EP	29.155		29.017		138		1		138	136		$818,83		$112.999
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$305,19		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh X				Valor kWh $818,8341		X -		Beneficio -15,00 %					$15.967
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $3.234 DIARIOS													SUBTOTAL:	$97.032

Otros cobros asociados a energía

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

TOTAL ENERGIA $97.030

Otros cobros de productos y servicios

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y agua

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, días entrarán en mora, ante la 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 kW/h/mes) es de -15,00 %

Defensor del cliente **Enel.**

Estamos aquí para ayudarte.

Si previamente nos habías contactado para realizar una solicitud y esta no fue resuelta, contáctanos directamente por **defensor@enel.com** o **denuncias@enel.com**, o simplemente escanea nuestro QR para hacer una videollamada.

¡Trabajaremos junto a ti para encontrar una solución!

DEFENSOR DEL CLIENTE

defensor@enel.com denuncias@enel.com

Conoce más escaneando este código



NÚMERO DE CLIENTE
3383651-5

Documento Equivalente Electrónico No.
371687976-7

(415)7707209914253(8020)013383651537168797 67(3900)000000000097030

PAGO OPORTUNO
07 NOV /2025

TOTAL A PAGAR
$97.030

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
112	900255003231652	14.12.25

ORIGEN : CES X PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Tobby		Amarillo

ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 2 años	PESO: 4,7 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Liliana Ortega Aguilar	Kr 95 91a-71	3208435472

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
52 589 980	liliana.ortega.aguilar01@gmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Ciudad Bachue	2	ENGATIVÁ

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

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:
117 l/m	20 r/m	38,0 °c	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,21 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.)	0.5 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:
Liliana Ortega d.	cc 52389980

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.589.980
ORTEGA AGUILAR
APELLIDOS
LILIANA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 04-MAY-1974
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
17-JUN-1992 SUBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00955773-F-0052589980-20171120 0058521435A 1 9902242591

enel Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **9962042-1**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 376187943-0

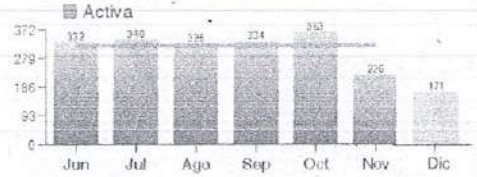
CLIENTE

FLOR A RODRIGUEZ CASTILLO
KR 95 I NO 91 A 71
BOGOTA, D.C. - CIUDAD BACHUE

04 711 6480 / 7815834

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $820,96

CONSUMO DIARIO: 5,18 kWh

VALOR DIARIO: $2.925

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 251 kWh

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

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES: 171 kWh

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

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**



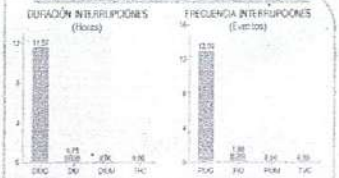
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	6,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007047115480
RUTA LECTURA:	37047010880
MANZANA DE LECTURA:	MS00563023
MEDIDOR NO:	7815834
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 DE SERVICIO



DD: 11,52 GRUPO: 17 IC: 0,00 MC: 0,00 CSC: 0,00
PERIODO 2015/10 DI: 29,15 CI: 363,0000 MC: 0,00 MR: 1,20 %E: 0,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 025 de 2019.

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes: enel.com.co/es/personas/tramites.html
Chat de servicio en: enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
338 890 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelColombiaCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

CENSOR 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 y Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Baloto, Su Red, Su Red, Movired, Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Olímpica, Alkosto

Código QR

Si cobran por un corresponsal bancario, exija el comprobante del distrito. El sello del corresponsal no es un recibo válido en caso de reclamo.

Inscribete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: OCT-2025
G: $296,46 T: $52,97 D: $307,93 CV: $76,58 PR: $50,36 R: $26,56 CF: $0,00 / $820,96 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL13-11291TR1-- NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.84 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 05 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

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

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

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

EN CUMPLIMIENTO de la resolución CREG 156-11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, 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 (Energías de Colombia), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que presten los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 05/12/2025 05:23:51
FECHA EXPEDICIÓN: 05/12/2025 16:24:08

CUDE: ab502b02d0d42b6f4781b3fd225fb6b6fc6d9367 1a17d1f2a2d2e43d3e4e4b8a1c1fbb6ab3d318a201ac3197d0e6e2e4bf

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.069.812-8. Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS DIC - Nombre del SW: CENFacturero - NIT 900.221.151-0

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

HC	MICROCHIP: 900255003234616	FECHA:
113		14.12.25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Huellitas			COLOR: Pardo blanco
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 5 Meses	PESO 4,3 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR__ CASERO____ CONCENTRADO X MIXTO OTRO____	

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO____ COMPRADO____ ADOPTADO____ REGALADO X PERRO DE CUADRA____ OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nidian Jimena Fernandez Medina	DIRECCION Dg 67a 116a-10	TELEFONO 3113465763
CEDULA: 1073 605 050	CORREO ELECTRÓNICO: nxfm93@gmail.com	
BARRIO O VEREDA la Faena	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachiller / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI____ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno	
CLASIFICACION ASA: I. 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	0,25 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,5 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. 41141	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:
Nidian Jimena Fernandez	1073605050

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.073.605.050
FERNANDEZ MEDINA
APELLIDOS
NIDIAN JIMENA
NOMBRES
Nidia Jimena Fernandez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-1993
PACHO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-ABR-2011 PACHO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

A-1519000-00845469-F-1073605050-20160830 0050772418A 1 45922630

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: 332

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No

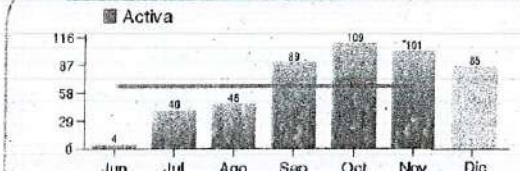
CLIENTE

DIANA PATRICIA PACHECO BELTRAN
DG 67 A NO 116 A 10 AP 304
AP 304
BOGOTA, D.C. - LA FAENA

05 506 9531 / 191565

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $800,09

CONSUMO DIARIO: 2,58 kWh

VALOR DIARIO: $1.248

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 93 kWh

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

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES 85 kWh

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

Cuida a tu famili
evita riesgos elé

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

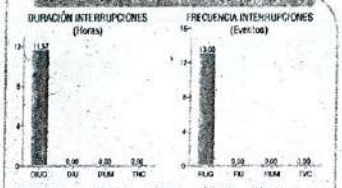
Repórtalo de forma anóni
al **601 514 0000** o a trav
de nuestra página web: e



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005055069531
RUTA LECTURA:	35055100721
MANZANA DE LECTURA:	MS0056614
MEDIDOR NO:	191565
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 97407R1 GRUPO: 11 NC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/10 DC: 275,16 CF: 105,00000 VC: 0,00 MF: 1,00 %E: 0,00
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/tramites-solicitudes

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

318 890 8003 (Elena Bot o pasa Asesor)

Enel Colombia @EnelClientesCO

Regístrate

Zona pri de la pág

App Ene

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE

Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

EMERGEN

115 Gratis las 2

DEFENSOR DEL CLIENTE

https://www.enel.com.co/es/personas/defens
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cobro Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de pago Online · Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual

Daviplata · dale! · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · Efecty · Reval · MOVIRED · puntored

Red Distrital · **Centros de Servicio**

RED CADE · enel

Almacenes de Cadena

Jumbo · Metro

Código QR

Inscríbete a la factura vir
Enel y aprovecha los bene

Escanea el código

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: NOV/2025

$ 5226,56 T: $53,00 DI: $294,84 CV: $76,01 PR: $58,82 R: $28,15 CF: $0,00 / $800,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: FR18-97407R1 - - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 5 DE 1999.

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

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

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

Para cumplimiento de la resolución CREG 156 de 2011 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 de 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.

+ Portafolio Enel X $0 = Total $41.180

PAGO OPORTUNO
18 DIC /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
22 DIC/2025

NÚMERO DE CUENTA: 3322503-9

FECHA DE LECTURA: 03 ENE /2026

al

Situación encontrada: Normal

Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
14.204		14.119		85		1		85	85		$800.09		$68.007
0		0		0		0		0	0		$294.84		$0
Consumo a subsidiar 130.00 kWh X				Valor kWh $800,0892		X		Beneficio -39.44 %					$26.824
DISFRUTASTE, TE COSTO $1.248 DIARIOS											SUBTOTAL:		$41.183

ciados a energía

	$-3
SUBTOTAL:	$-3

asociados a energía 1 TOTAL ENERGÍA: $41.180

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

cha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo dos 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.

ntaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -39.44 %

do reportes una falla, /hatsApp.

ios por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, ayudará a reportar una falla en tu servicio.

o de hacer tu reporte:

opción número 2

nano tu número de cuenta / cliente

birás un caso para hacer seguimiento.

. ESP Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.



DE CLIENTE
503-9

Electrónico No.
1-7

(415)7707209914253(8020)013322503937629411 17(3900)000000000041180

PAGO OPORTUNO
18 DIC /2025

TOTAL A PAGAR
$41.180

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

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
114	900255003231145	14-12-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:
Ramon	Blanco / Negro

ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 5M	PESO: 4.5 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

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

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO ____REGALADO____PERRO DE CUADRA____ OTRO nacio en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Amparo Brinez Ortiz	Cl 86 N° 95 F 44	3172282068

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
39.794.596	3172282068 @ simcorecom.

BARRIO O VEREDA: Ciudad Bachue	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Primaria NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA_X_APTO__RURAL_

3. ANAMNESIS

Buena salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/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 Nov 125

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	0,1 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 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	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9745	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

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:
Amparo Beltran	39744596

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.794.596

BRIÑEZ ORTIZ

APELLIDOS

AMPARO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-AGO-1966

ATACO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

13-OCT-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00152331-F-0039794596-20090310 0010285826A 2 1340030976

enel Bogotá.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 3

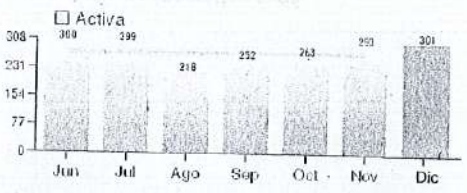
Para pagos y consultas en la línea de cliente 24

0626091-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 376315312-0

INSCREDIAL .
CL 86 NO 95 F 44 BQ 1 IN 10
INT 110
BOGOTA, D.C. - CIUDAD BACHUE I ETAPA

05 702 1928 / 4324731



VALOR kWh APLICADO
$800,09

CONSUMO DIARIO:
9,12 kWh

VALOR DIARIO:
$6.055

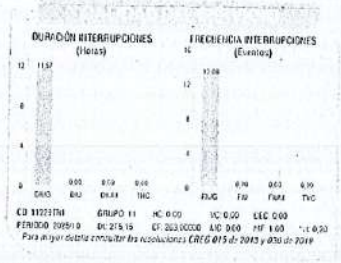
PERÍODO FACTURADO: 01 NOV/2025 A 03 DIC/2025
DÍAS FACTURADOS: 33
CONSUMO MES 301 kWh

¡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:	2
CARGA kW:	5.06
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007057021928
RUTA LECTURA:	37057040268
MANZANA DE LECTURA:	MS00563146
MEDIDOR NO:	4324731
SUBCLASE:	Básica



CD 31223701 GRUPO 11 HC 0.00 VC 0.00 EEC 0.00
PERIODO 2025-9 DI 215.15 CF 263.00000 AIC 0.00 MF 1.00 TIC 0.00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2013 y 030 de 2018

USO EFICIENTE 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/tramites	Registrate gratis
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion	Zona privada de la página Web
316 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)	App Enel Clientes Colombia
Enel Colombia @EnelColombiaCO	

ENERGÍA: EMERGENCIAS	GAS: EMERGENCIAS	CONTACTO
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140065 servicioalcliente@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
Billetera Virtual
APP Bancolombia · Internet · Teléfono Básico · Débito Automático · Cobro Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de pago Online · Botón de Pago Bancolombia · dale · MOVII · Nequi · tpaga
Corresponsales Bancarios
CONRED · efácil · eReval · Efecty
Red Distrital · Centros de Servicio · RED CADE · Almacenes de Cadena · Alkosto
Código QR



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2025
G: $280,56 T: $53,30 D: $294,84 CV: $78,01 PR: $58,82 R: $20,15 CF: $0,00 / $800,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: 0613-11223TR1 - NIVEL DE TENSIONES PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,06 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0517 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información 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 13 9061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifico 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, la 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: 09/12/2025 00:56:03
FECHA EXPEDICIÓN: 09/12/2025 15:48:06

CUDE: 7e7a7174d1856eb7b5b5de23350a847c7a0db5bda5ab8c5664ceb8ac1bbeba1e7165e4e2e8ac7bdd/9b6c2b4d1b

Factura Electrónica de Venta Servicios Públicos Domiciliarios Resolución DIAN No. 18764012345678 de 2019/01/01 Prefijo: SETT Rango: 1 - 1000000 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturador - NIT 860.321.151-0

$199.796 + $480.594 = $680.390

18 DIC /2025

22 DIC/2025

0626091-1

03 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGIA ACTIVA FP	92.376	92.677	301	1	301	301	$500.09	$240.628
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$294.84	$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh X		Valor kWh $600.0662	X	Beneficio -39.44 %			-$41.026

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $680.390 DIARIOS

SUBTOTAL: $199.800

Ajustes a la decena $-4

SUBTOTAL: $-4

$199.796

Tarj.Créd. Privada – Semilla $480.594

$480.594

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.

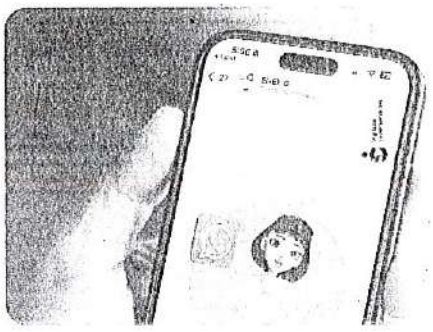
Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

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



NUMERO DE CLIENTE
0626091-1

Documento Equivalente Electrónico No.
376315312-0

(415)7707209914253(8020)010626091137631531 20(3900)000000000680390

PAGO OPORTUNO
18 DIC /2025

TOTAL A PAGAR
$680.390

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

Expiry-Date:2030/09/02
900255003231147

HC: 115	MICROCHIP: SI	FECHA: 14-12-25.

ORIGEN : CES X PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milo	COLOR: Pardo	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA Mestizo EDAD 6M	PESO: 3.3 KG MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO____

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Johan Sebastian Cuervo Riapira	DIRECCION Kr 91 A 85 A 78	TELEFONO 3157076172
CEDULA: 1079072708	CORREO ELECTRÓNICO: jhonsebastr78@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Primavera	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: Agosto/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: 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 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 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 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 Medica Veterinaria MSc T.P. 9713	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A T.P. 41441	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL		

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Johan C.	1019012708

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 1.019.012.708

CUERVO RIAPIRA

APELLIDOS

JOHAN SEBASTIAN

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-JUN-2004

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

06-JUL-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01306627-M-1019012708-20220706 0079960374A 1 8505063403

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,
- 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 texto completo de los términos y condiciones de la prestación de los servicios públicos domiciliarios de acueducto y alcantarillado, aseo y energía eléctrica se encuentra publicado en la página web de la empresa y a disposición de los usuarios en las oficinas de atención al público.

BOGOTÁ

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
12658796

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
17828214316

Datos del usuario
Horario de Atención
KR 69 No. 80-27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
BOGOTÁ 901144143-9

Tipo de producto RESIDENCIAL
Und. Res. Ocupada: 1
Und. Res. Desocupada: 000
Frecuencia Barrido: 03

Und. No Res. Ocupada: 0
Und. No Res. Desocupada: 000
Frecuencia Recolección: 03

Estrato 3
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	154.880,98

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$73.713		
Subsidio	$11.057-	Interés mora	$10
		Ajuste a la decena -debito-	$4

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000
Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Atoradas - no atoradas	
0.0535	0.0398	

Histórico de vigencias cobradas

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

La tarifa incluye subsidio o aporte*

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$82.670
Aporte (+)		Financiación del periodo	
Informativo - deuda total	00%	Ingreso que Aseo reporta a la DAV en el periodo actual	$82.670

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: F22229

BIMESTRAL

12658796
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17828214316
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 06:56:05	NOV/06/2025 12:48:22

¡Hola!

Factura a nombre de
UBALDO ZAMORA CARDENAS UBALDO

Dirección del predio
KR 91A 85A 78 AP 101

Barrio: PRIMAVERA 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 BAYLAN
Serie 18828503
Tipo VELO015R160
Diámetro pulgadas ½

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

En este 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. 890.930.531-0

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 13 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 periodo	259	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	250	Base promedio	
Tu consumo este periodo	9	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	BAYLAN	Tipo	VELO015R160
Serie	18829503	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		$115		$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 aquí

Escanea y paga virtual

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

= **Total a pagar** $146.320

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 37f18d5e43c67925b29312765c91f8ba6ab78bebfa5a0ea9eb7f9f42d43e7299e37b9b34b19548a7dc5813297 9f15d7b

Detalle de tu consumo este bimestre

	A Acueducto						B Alcantarillado					
	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.741,40	-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-	$3.398,00	$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 2023)

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$5
I-intereses de mora	$110
Subtotal	115

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/encadenados

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

Aseo
Valor a pagar
$62.670

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)178282143162(3900)000000062670

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$83.650

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)178282143169(3900)000000083650

10112

89090 43932 2/2

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-1100*000-10 EAB-ESP

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

Expiry-Date:2030/09/02
900255003231152

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
116		14-12-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:
Anon	Blanco / Negro

ESPECIE: CANINO___ FELINO_X	SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA	EDAD	PESO:	MANEJO ESPECIAL:
		MESTIZO	2A	4.8 KG	SI__ NO X

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

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X____COMPRADO____ADOPTADO ____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Jossep Daniel Bejarano Gomez	TV 94 L N°88 A 42	3224122949

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1025142584	jaya0913@hotmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Quirigua	3	ENGATIVÁ

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
N/A	NOV 25	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. X 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	35,0 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,25 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,2 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. 9745	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:
Yoser	1025 742 584

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 1.025.142.584

Apellidos
BEJARANO GOMEZ

Nombres
JOSSEP DANIEL

Nacionalidad
COL

Estatura
1.72

Sexo
M

Fecha de nacimiento
13 OCT 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
20 ENE 2025, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
20 ENE 2035

OD

0723757 67

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0723757674150O1<<<<<<<<<<
0610135M3501209COL1025142584<9
BEJARANO<GOMEZ<<JOSSEP<DANIEL<

Bogotá

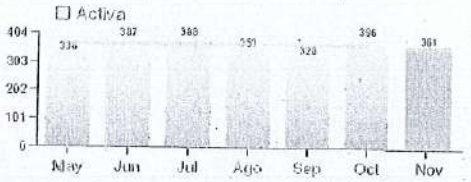
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 830053073-0
Cra 13 No 93 No 13 – 45 Piso 1

0642055-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 372601820-7

ROSA T DE FONSECA
T / 94 L NO 88 A 42
MZ 66
BOGOTA, D.C. - QUIRIGUA

04 704 9441 / 27930



VALOR kWh APLICADO
$818,83

CONSUMO DIARIO:
12,03 kWh

VALOR DIARIO:
$9.321

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

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES
361 kWh

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

¡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 DODENSA!

Encuéntralos escaneando el código

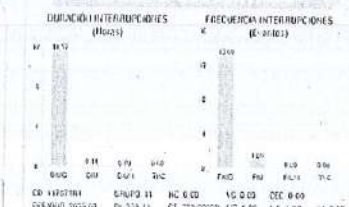
*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil de riesgo. Consulta términos y condiciones en puntos de venta.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007047049441
RUTA LECTURA:	37047160169
MANZANA DE LECTURA:	MS00561876
MEDIDOR NO:	27930
SUBCLASE:	Básica

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CD 1.97577E-3 GRUPO 11 NC 0.00 NG 0.00 OEC 0.00
PERIODO 2025-03 DI 233.14 CF 350.00000 AIC 0.00 FI 1.00 I 0.20
Para mejorar la calidad de las instalaciones CAEC 013 de 2018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

Peticiones y solicitudes en línea/servicios para deficientes auditivos
Chat de servicio en línea con asesor personalizado de atención
316 800 6060 (Elena Bot o pase Asesor)
Línea Colombia
@EnelColombia
Reporte sin costo
Zona de pagos más cerca de ti
App Enel Clientes Colombia

ENTREGA SOLICITUD DE CORTE	RECONEXIÓN	RECLAMACIONES
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5 40065 atencion@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago — Billetera Virtual

Red Distrital — Centros de Servicio — Código QR

Corresponsales Bancarios

Alianzas de Cobranza

Inscríbete a la factura WEB
Enel Web

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: SEP/2025
G: $236.10 T: $51.05 D: $305.19 CV: $77.09 PR: $39.82 R: $30,59 CF: $0,00 I $818,83 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 SECURO: 8U1A-81767E01 - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Enel

ACTIVIDAD: Comercial

Proveedor Tecnológico: Cambal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENIFin Hidro - NIT 900.221.151-0

607bc7da6b4 5b35c5d1957f12a9d03d18d41402bc92e10f2814041420070c993b5da6a51 0f645cc811

$279.630	$27.500	$307.130	18 NOV /2025
			20 NOV/2025

0642055-9 — 01 DIC /2025

Tipo de Lectura: Real — Situación encontrada: Normal

ENERGIA ACTIVA TF	75.173	75.812	291	1	331	361	$815.83		$295.559
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$295.59		$0

SUBSIDIO — Consumo a subsidiar 130.00 kWh X — Valor kWh $518.8311 X — Beneficio 15.00 % — $15.937

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $9.321 DIARIOS

SUBTOTAL: $279.630

Ajustes a la decena — $-2

SUBTOTAL: $-2

Asistencia Protección Luz 360 — $27.500

$279.630 — $27.500

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 $163.853

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

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

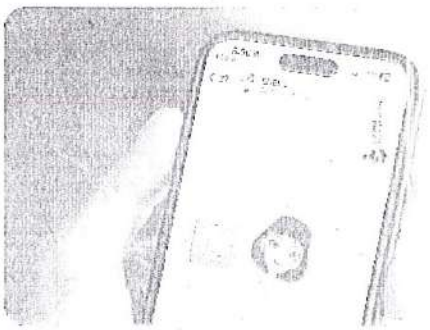
Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

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

Al momento de hacer tu reporte:

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

Al final recibirás un caso para hacer seguimiento.



Esp. Colombia S.A. ESP Facturación validada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
117	900255003231368	14.12.25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ivar			COLOR: Amarillo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 7 meses	PESO: 3.3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___CONCENTRADO___MIXTO X OTRO___	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X ___COMPRADO___ADOPTADO___REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gabriela Guerrero Guzman	DIRECCION Dg 86a 101-40	TELEFONO 3178047089
CEDULA: 1032 495 544	CORREO ELECTRÓNICO: gabi_guerrero20@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA Bochica / ESTRATO: 3	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:
N/A	09.25	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: 10.25 LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
118 l/m	30 r/m	38.1 ºc	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
	Morfina	0.1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 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:
	1032405594

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.032.495.544**

GUERRERO GUZMAN

APELLIDOS

GABRIELA

NOMBRES

Gabriela Guerrero

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-DIC-1997**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

07-ENE-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00788588-F-1032495544-20160213 **0048**342340A 2 46388879

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 pagarla

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 nuestro redes sociales como @grupovanti y conoce nuestros iniciativas.

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

NELLY ESPERANZA SANCHEZ
DG 86A 101 40 I24 00602 - BOCHICA
BOGOTA

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

Medidor Gas No. 5077196-375980

Lote: P07GN Ruta: 0011470320280006100 Código del Sector: 239

Cuenta o referencia de pago **60614285**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

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 · Homecenter

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7a.m. a 6 p.m.
Sabado 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

239 0011470320280006100 P07GN 38647 C1

Factura de gas | Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago **60614285**

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

vanti

Más formas de pagar

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 27 Nov. 2025

2 — Fecha de suspensión: 28 Nov. 2025

3 — Periodo facturado: Oct. - Nov. 2025

4 — Emisión de tu factura: 13 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	20M3	2.741,69	0,00	54.833,80
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,21	0,00	1,21
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	54,99	0,00	54,99

1 — Total **$59.070,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

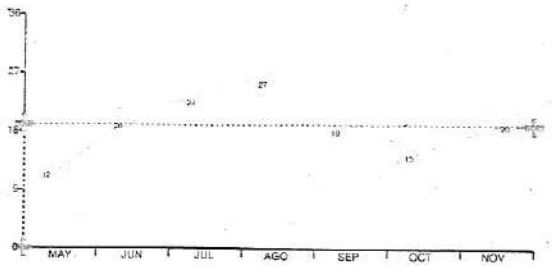
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$59.070,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
09 Oct. 2025	6326	REAL
11 Nov. 2025	6352	REAL

m^3 corregido= 6352 - 6326 * Factor de corrección = 20

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 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
Pi: 70.7 Cvm: 0.0 Cufm: 4180.0 Cuvm: 2741.6
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

M/m^3 Tu consumo en m^3 de gas equivale: 236 kWh y el precio unitario del kWh es: $250.058

Factor de corrección

Vm: 26 Kp: 0.76826 Kb: 1.00631 Pt: 0.7731
Vc: 20 Tm: 13.75 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.023 Fpv: 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)60614285(3900)00000000059070

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4959 del 17 Jul 1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 17640012670 57 del 31/07/2025. Facturación electrónica desde N° 5000000001 hasta 1000000000 con vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NURE 2 1100960 6. VANTI S.A. ESP. NIT: 800.007.813-5. Prestación fiscal Definitiva Y Tarifa 5 A S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art 130 de la ley 142 de 1994

Generación Tecnología Servicios S.A.S. NIT: 901.731.151-6

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

HC: 118	MICROCHIP: SI 900255003231192		FECHA: 14-12-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: TEO				COLOR: Amarillo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 9m	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: María Del Carmen Enríquez	DIRECCION: Cl 86 B 90-4	TELEFONO: 3178553702
CEDULA: 35.462337	CORREO ELECTRÓNICO: 3178553702 @ sincorreo.com	
BARRIO O VEREDA: Quirigua	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL___	

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 124 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 37.9 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: nasadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV
	Morfina	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	016 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:
Carmen Enr. Ruiz	35.462 337

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 **35.462.337**

ENRIQUEZ

APELLIDOS

MARIA DEL CARMEN

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-OCT-1952**

SUBACHOQUE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-DIC-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01265960-F-0035462337-20211113 0076396288A 1 8503139927

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 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 · Banco AV Villas · GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Popular · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda plata · Banco Falabella · 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, 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.

Sello de seguridad: Este recibo es válido para pago en entidades financieras autorizadas hasta la fecha de vencimiento. Si no aparece el sello de seguridad o si la información impresa y de anexos no coinciden, no cancele. Como consumidor puede presentar un reclamo en 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 usuario 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 7049/2702025 VANTI

¡Hola!

EIDA E CASTILLO
CL 86B 90 4 01 - QUIRIGUA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5157198-66159

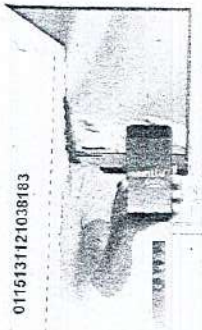
Lote: P13GN Ruta: 0011460164560005010 Código del Sector: 347

Cuenta o referencia de pago 61243473

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 5.300.000

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 $12'000.000
exclusivo para motos.

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

011513112103818 3

Remitente: VANTI
EIDA E CASTILLO
CL 86B 90 4 01
BOGOTA
61243473

...Grupo de Vanti S.A. ESP. Gas Natural Condensado ...se S.A. ESP. Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasoriente S.A. ESP. Vanti usa la ...la marca con derechos ... el servicio de innovación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de la política de financiación, consúltalas en grupovanti.com/vantipay

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://m.grupovanti.com/

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

0011460164560005010 347 P13GN

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago **61243473**

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	52M3	2.741,69	0,00	142.567,88
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	2,12	0,00	2,12

1 – Total **$146.750,00**

Tus financiaciones

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

2 – Total **$0,00**

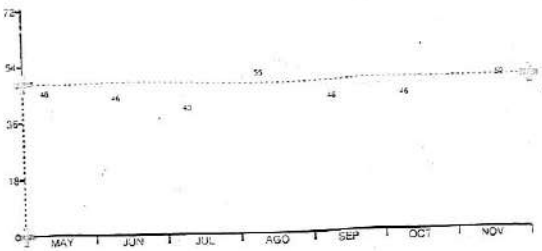
3 – Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$146.750,0**

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	539	REAL
19 Nov. 2025	606	REAL

m³ corregido= 606 - 539 * Factor de corrección = 52

Tu próxima lectura será

Entre 13 y el 18 de Diciembre

Novedades de tu factura

Estimado cliente recuerde que tiene entre Jul/2025 y el 31/12/2025 para realizar la Revisión Periodica. 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 reconexion $71.000

(415)7709998026025(8020)61243473(3900)00000000146750

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Nov. 2030

La revision de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41383 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 Cim: 2741.69
Jp: 70.7 Cvm: 0.0 Cufm: 4180.0 Cuvm: 2741.69
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

M|m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 614 kWh y el precio unitario del kWh es: $239.003

Factor de corrección

Vm: 67 Kp: 0.76865 Kt: 1.00527 Pb: 0.77347
Vc: 52 Tm: 13.76 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.0234 Pi pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77347

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPII: 100.0



Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NURS 2 11001969 6. VANTI S.A. ESP. NIT: 800.007.813-5. Revisor fiscal: De ette Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994.

Autorizada mediante Resolución 000080 Diciembre 27/2024 Retención de IVA. Autoretenedores 059 del 17 Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18760912670 del 03/01/2025 Autorización elaboración desde Nº 58000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Si Re 31/03

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

HC	MICROCHIP: SI 900255003231362	FECHA:
119		14-12-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Theo			COLOR: gris atigrado
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 4M	PESO: 2.5 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO____	

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO X ___COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luisa Fernanda Aragon Cadena	DIRECCION Cl 86 A N° 95 D 27	TELEFONO 3782674067
CEDULA: 1000696098	CORREO ELECTRÓNICO: Fernandaaragoncadena@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Bachue 1	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Tecnologa NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X 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: 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: 28 r/m	TEMPERATURA: 37.9 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV
	Mezcla	0.1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 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:
	1000696018

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.696.098**
ARAGON CADENA

APELLIDOS
LUISA FERNANDA

NOMBRES

Luisa Aragón C
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-NOV-1998**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

05-DIC-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00880033-F-1000696098-20170131 0053363708A 2 47423477

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 pagarla,

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* · GNB Sudameris · Bancolombia* · Banco Falabella · Banco Pichincha* · Banco Caja Social* · Nequi · Davivienda* · Davivienda Daviplata · Rappipay · dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7040/27082025 VANTI

¡Hola!

Pago 03 Diciembe
358289

vanti

Más formas de avanzar

ILMA TUTA
CL 86A 95D 27 108 00403 - BACHUE I
BOGOTA

Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057101-400016

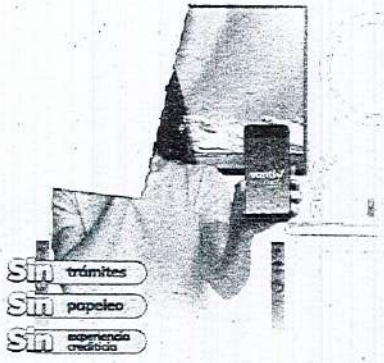
Lote: P06GN **Ruta:** 0011460040064305000 **Código del Sector:** 345

Cuenta o referencia de pago **61337787**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO
APROBADO ES:

vanti Listo



Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.

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

Extracupo hasta de
$2.000.000
exclusivo para motos.

Sin trámites
Sin papeleo
Sin espera crediticia

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

éxito · Alkosto · Ktronix · Homecenter

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP., Gas Natural Comercializadora S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnorte 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, en cuotas sin gracia con mora fija.

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

345 0011460040064305000 P06GN 27419 C1

Si no estás de acuerdo con la información de tu factura, puedes presentar un recurso de reposición ante Vanti y/o 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 usuario cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha establecida para el pago oportuno.

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago 61337787

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
26 Nov. 2025	27 Nov. 2025	Oct. - Nov. 2025	12 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	4M3	3.116,58	0,00	12.466,32
MENOS SUBSIDIO (37%)	1UN	-4.639,96	0,00	-4.639,96
AJUSTE DECENA	1UN	-1,85	0,00	-1,85
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protc.	0	17.663,00	0,00	17.663,00
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	72,49	0,00	72,49

1 – Total $25.560,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

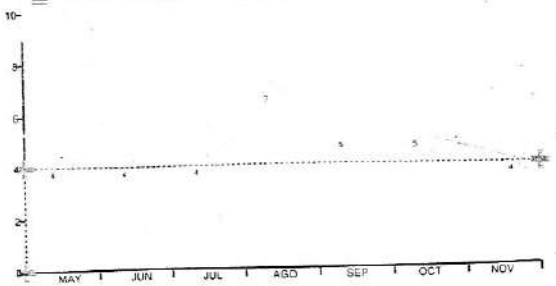
3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $25.560,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Dos Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
08 Oct. 2025	3575	REAL
10 Nov. 2025	3580	REAL

m³ corregido= 3580 - 3575 * Factor de corrección = 4

Tu próxima lectura será

Entre 03 y el 08 de Diciembre

Novedades de tu factura

CuVa $ 2741.69
Estimado cliente recuerde que tiene entre Jul/2025 y el 31/12/2025 para realizar la Revisión Periodica. 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

31 Dic. 2025

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 41289 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1438.91	Tm: 632.88		Dm: 599.2	Cm: 0.0	
Jp: 70.7	Cvm: 0.0		Cufm: 0.0	Cuvm: 0.0	
Ccm: 0.0	Facm: 42.512		DALR: 0.0	DAUNR: 0.0	

MJ/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 47 kWh y el precio unitario del kWh es: $166.518

Factor de corrección

Vm: 5	Kp: 0.76885	Kt: 1.00631	Ft: 0.7795		
Ve: 4	Tm: 13.75	Te: 15.56	Pe: 1.01008		
Pa: 0.753	Fm: 0.0234	P. pv: 1.0			

Factor de corrección: 0.7735

Indicadores de calidad

IEST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPIL: 100.0





(415)7709998026025(8020)61337787(3900)00000000025560

factura

Somos gran contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autoretenedores. Resolución No. 4359 del 17-JUL 1993 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 13764091267057 del 31/03/2025. Facturación electrónica desde Nº 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUIR 2.11001000.6. 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

Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S. NIT. 830.113.831-0

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

HC: 120	MICROCHIP: 900255003231645	FECHA: 14.12.25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chimuelo			COLOR: Negro
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 7 meses	PESO: 2.4 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR_ CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Helbert Sebastian Cubillos Avila	DIRECCION: cl 71 c 94a-72	TELEFONO: 3142105385
CEDULA: 1073 703 267	CORREO ELECTRÓNICO: hcubillosav@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Maratu	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Pos grado	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: 07.25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

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

FELINOS:
TRIPLE FELINA: 10.25 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m	F. RESPIRATORIA: 34 r/m	TEMPERATURA: 37.9 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1073703267.

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 **1.073.703.267**

CUBILLOS AVILA

APELLIDOS

HELBERT SEBASTIAN

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-ENE-1995**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 ESTATURA

B+ G.S. RH

M SEXO

30-ENE-2013 SOACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1524700-01036299-M-1073703267-20180907 **0062**535371A 1 9905669586

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 generla,

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7048/27002025 VANTI

presente factura el plazo establecido en la ley 142 de 1994 y puede incurrir en sanciones de su resolución sancionatoria para ejercer

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

NAYDU ALEXIS VALLEJO
CL 71C 94A 72 I06 00508 - MARATU
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007108-449734

316 0011390080570009100 P18GN 47456 C1

Lote: P18GN **Ruta:** 0011390080570009100 **Código del Sector:** 316

Cuenta o referencia de pago **62224746**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti



Sin trámites
Sin papeleo
Sin experiencia crediticia

Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.

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

Extracupo hasta de
$2.000.000
exclusivo para motos.

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

éxito · 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 Gasmacer S.A. ESP. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria otorgado por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de la política de financiación, consultela en: grupovanti.com/financiacion

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 **62224746**

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
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	1M3	2.741,69	0,00	2.741,69
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	-1,69	0,00	-1,69

1 – Total **$6.920,00**

Tus financiaciones

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

2 – Total **$0,00**

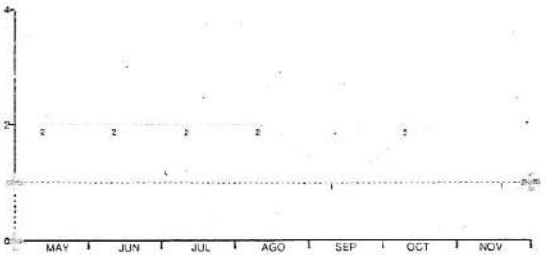
3 – Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$6.920,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
23 Oct. 2025	2057	REAL
24 Nov. 2025	2058	REAL

m³ corregido= 2058 - 2057 * Factor de corrección = 1

Tu próxima lectura será

Entre 19 y el 24 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 May. 2029

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1438.91 Tm: 632.88 Dm: 599.2 Cm: 2741.69
Jp: 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 m³ de gas equivale: 12 kWh y el precio unitario del kWh es: $576.808

Factor de corrección

Vm: 1 Kp: 0.76865 Kt: 1.00627 Fb: 0.77347
Vc: 1 Tm: 13.76 Te: 15.56 Pb: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.0234 F pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77347

Indicadores de calidad

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





(415)7709998026025(8020)62224746(3900)00000000006920

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Somos grandes contribuyentes Resolución 000260 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autoretenedores Resolución No. 4959 del 17 Jul 1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 11 7649245870 57 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 NMR 2-11/01/00-6. 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

Control Fraude y Servicios S.A.S. NIC 901.921.151-0

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

HC: 121	MICROCHIP: 900255003231141	FECHA: 14.12.25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mango			COLOR: Amarillo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1 año	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 X COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sara Juliana Walteros Rodriguez	DIRECCION: TV 73a 81H-05	TELEFONO: 3142567141
CEDULA: 1028 480 829	CORREO ELECTRÓNICO: Swalterosm3@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Minuto de Dios	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Universitaria NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL___	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: NIA	ULT. DESPARASITACIÓN: NIR	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: 12.25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	178	l/m	F. RESPIRATORIA:	30	r/m	TEMPERATURA:	38,2	°c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,25 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 G Medica Veterinaria G.P. 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:
	1028480829

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:


CEDULA DE CIUDADANIA

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 tu factura Virtual? Escanea el código

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD Crédito Fácil Codensa

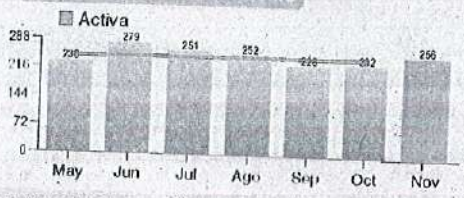
¡LLEGÓ A TU CASA! TU PRÉSTAMO DE HASTA $12.000.000 EN EFECTIVO

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

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $820,96

CONSUMO DIARIO: 8,00 kWh

VALOR DIARIO: $6.057

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 habitual!

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



CD: 30,924151 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CFC: 0,00
PERIODO: 2025/09 Di: 257,19 Cf: 258,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %: 0,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes - enel.com.co/es/personas/tramites.html
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
316 656 8000 (Elena Bot o pasa Asesor)
@EnelColombia @EnelColombia
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE: Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

EMERGENCIAS: 115 Gratuito las 24 horas

DENUNCIAS: 601 5140055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Sitio Virtual: daviplata, nequi, dale!, MOVIL, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Red Servi, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Éxito, Metro

Código QR

Si deseas ver el detalle de los componentes tarifarios, ingresa al código QR del costado. El valor del componente de comercialización puede variar según el estrato y el consumo de energía.

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

D: $298,46 T: $52,97 D: $307,03 CV: $76,66 FR: $50,36 R: $26,56 CF: $0,00 / $820,96 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: MR24-39924TRR - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Tarifas autorizadas según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2000. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de dichos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicarse al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador del (los) PRESTADOR(ES) DEL SERVICIO: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2025.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 15/611 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual establece el Código de Medida, se establecen obligaciones, derechos 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 prestado de energía eléctrica (Recaudo de Contratos), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código

FECHA GENERACIÓN: 27/11/2025 02:15:53
FECHA EXPEDICIÓN: 27/11/2025 22:36:09

CUDE: cede23a140ea46b426e4ad322805c54b48f394143641d48165221f6ba75c3d4a269854c9ece0c0024dc0035217f03f3e5

Factura Impresa por Carvajal Tecnología y Servicios SAS NIT 800.010.812-0. Fecha Impresión: 27/11/2025 22:36:09

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

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

HC: 122	MICROCHIP: SI	Expiry-Date:2030/09/02 900255003231157	FECHA: 14-12-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: INAM				COLOR: Gris Ceniza	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA MESTIZO	EDAD 6M	PESO: 2.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO OTRO__	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Johan Sebastian Cuervo Riapira	DIRECCION Cr 91A BS A 78	TELEFONO 3151016172
CEDULA: 1019012708	CORREO ELECTRÓNICO: jhonsebascr18@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Primavera	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: Agosto/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: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	130	l/m	F. RESPIRATORIA:	28	r/m	TEMPERATURA:	38.1	ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 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.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso 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:
Johan C	1019012708

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 1.019.012.708
CUERVO RIAPIRA
APELLIDOS
JOHAN SEBASTIAN
NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-JUN-2004
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

06-JUL-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01306627-M-1019012708-20220706 0079960374A 1 8505063403

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,
- 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.

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial Subsidio	$73.713 -$11.057-	Interés mora Ajuste a la decena -debito-	$10 $4

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*

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
12658796

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
17828214316

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

BOGOTÁ 901144843-9

Datos del usuario

Tipo de productor	RESIDENCIAL		
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	3
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000
Frecuencia Barrido:	03	Frecuencia Recolección:	03

Componentes de tarifas

Estrato	3	Densidad	0.000
Volumen	0.00	%Participación	0.000%

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

Concepto	Valor	Valor Aseo
Subsidio (-)	00%	$62.670
Aporte (+)	15%	
Información - deuda total	Total Ingresos del periodo	$62.670

Ingreso que Aseo reporta a la CAVF el periodo actual

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: F2 RUTA: F22229

BIMESTRAL

12658796
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17828214316
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 06:56:05	NOV/06/2025 12:48:22

¡Hola!

Factura a nombre de
UBALDO ZAMORA CARDENAS UBALDO

Dirección del predio
KR 91A 85A 78 AP 101

Barrio: PRIMAVERA **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 BAYLAN
Serie 18828503
Tipo VELOCIMETRO
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 ↓

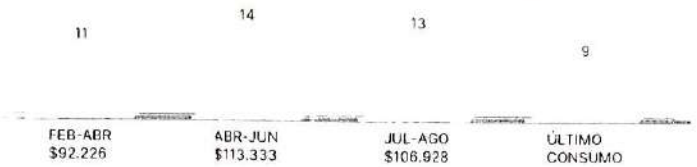
Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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. 890.930.531-0

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 13 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	259	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	250	Base promedio	
Tu consumo este período	9	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	BAYLAN	Tipo	VELO015R160
Serie	18829503	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		$115		$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 aquí

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** $146.320

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 37f18d5e43c67925b29312765c91f8ba6ab78bebfa5a0ea9eb7f9f42d43e7299e37b9b34b19548a7dc58132979f15d7b

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)	9,00	$3.730,71	-15	$5.036-	$3.171,10	$28.540,39
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$7.958-		$45.101,19

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)	9,00	$3.995,30	-15	$5.394-	$3.398,00	$30.563,70
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$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 8 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
I-intereses de mora	$110
Subtotal	115

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.soluta.com.co/sedes-cade

La EAAB-ESP solo tiene convenios con los siguientes bancos: Popular, Occidente, Santander, Colpatria, Caja Social, Bbva, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Citi

Aseo
Valor a pagar
$62.670

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)178282143162(3900)0000000062570

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$83.650

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)178282143162(3900)0000000083650

10112

89090 43932 2/2

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

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
123	900255003234612	14.12.25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Moka			COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 8 Meses	PESO: 3,4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR X 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: Yeimi Marisol Londoño Navarrete	DIRECCION cl 86 95-23	TELEFONO 3137540729
CEDULA: 1073699 753	CORREO ELECTRÓNICO: Yeimi72363 @gmail.com	
BARRIO O VEREDA Bochica / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Profesional	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. Ccelo:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
N/A	08.25	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI___ NO X / SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
128 l/m	30 r/m	38.7 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___/___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,1 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	016 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: 1073699753

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 **1.073.699.753**

LONDOÑO NAVARRETE
APELLIDOS

YEIMI MARISOL
NOMBRES

Yeimi Marisol Londoño N.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-ENE-1994**
SOACHA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-ENE-2012 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1524700-00900015-F-1073699753-20170425 0055116143A 3 9999596623

SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil, tenerla.

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Credibanco · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · GNB · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · 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.

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

Prohibida la reproducción total o parcial de este documento sin la autorización escrita de su titular, salvo excepción prevista en la ley. Ley 1581 de 2012 y Decreto 1081 de 2015. Uso limitado a la prestación del servicio público domiciliario de gas natural. Uso exclusivo para el pago oportuno.

¡Hola!

BLANCA CECILIA NAVARRETE
CL 86 95 23 B03 03 00206 - BOCHICA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077198-55556

344

Lote: P04GN **Ruta:** 0011460100379008300 **Código del Sector:** 344

0011460100379008300

Cuenta o referencia de pago **61253422**

71803

P04GN

vanti Listo

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

C1

vanti



Sin trámites
Sin papeleo
Sin experiencia crediticia

Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.

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

Extracupo hasta de
$2.000.000
exclusivo para motos.

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

éxito · 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 Gasmacer 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, consúltalas en grupovanti.com/vantilista.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago **61253422**

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
24 Nov. 2025	25 Nov. 2025	Oct. - Nov. 2025	10 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
Revision periodica obligatoria res	1UN	92.000,00	0,00	92.000,00

1 — Total **$96.180,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

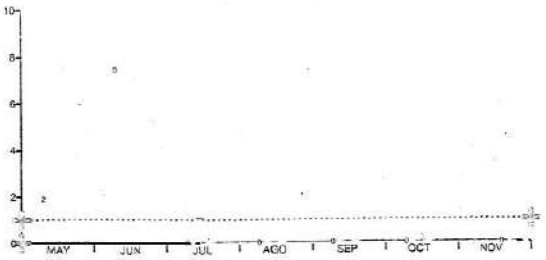
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$96.180,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
06 Oct. 2025	2278	REAL
07 Nov. 2025	2278	REAL

m³ corregido= 2278 - 2278 * Factor de corrección = 0

Tu próxima lectura será

Entre 01 y el 06 de Diciembre

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Oct. 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: 0 kWh y el precio unitario del kWh es: $0.0

Factor de corrección

Vm: 0	Kp: 0.76826	Kb: 1.00631	Pb: 0.7731		
Vc: 0	Tm: 13.75	Tb: 15.56	Pa: 1.01008		
Pa: 0.753	Pm: 0.023	F pv: 1.0			

Factor de corrección: 0.7731

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPIL: 100.0





(415)7709998026025(8020)61253422(3900)0000000096180

Gemas grandes contribuyentes Resolución 000350 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución 0015 de 1999 (17 de Febrero) Gran Contribuyente No. Resolución de Facturación No. Formulario 18761081387057 del 31/05/2025 Facturación electrónica desde N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NURI 2.110271000 6. VANTI S.A. ESP. Tel 1 800 007 813 5 - Revisar Ficha Técnica Tarifaria en el anexo 1 de la ley 142 de 1994 Control Fiscal Ley Tributaria S.A.S. NIT 901211119

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

HC: 124	MICROCHIP: SI 900255003234615		FECHA: 14-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: MAX			COLOR: Blanco / Negro
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 5 M	PESO: 2.7 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO OTRO__

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO__ COMPRADO X ADOPTADO__ REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandy Dalila Plazas Hernandez	DIRECCION cl 75a 113a-60	TELEFONO 3167583607
CEDULA: 52716493	CORREO ELECTRÓNICO: sandyplazas@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Villas de Granada / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnologa / 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 5 de 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: 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:	37.9 °c	TLLC	2 seg / MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.12 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

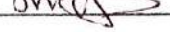
Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO**_____**la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	52.716.493

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 **52716493**

PLAZAS HERNANDEZ
APELLIDOS

SANDY DALILA
NOMBRES

Sandy Dalila Plazas.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-NOV-1981**
SANTAFE DE BOGOTA DC
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-ENE-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500102-42080434-F-0052716493-20000512 **00163** 00133A 01 090206395

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: G2 RUTA: G22269B BIMESTRAL

12362092	10432547916
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
CARLOS PEDRAZA

Dirección del predio
CL 75A 113A 60 PI 1

Barrio: VILLAS DE 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 VELO015B
Serie 152459 Diámetro pulgadas ½

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

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

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/23/2026	NOV/13/2025 06:08:26	NOV/13/2025 10:14:33

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

29314

88341 43716 1/2

aseo

Período facturado Aseo
SEP/19/2025 - NOV/18/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

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
	0.0288

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

PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

Expiry-Date:2030/09/02

HC: 125	MICROCHIP: SI 900255003231187		FECHA: 14,12-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Orion				COLOR: Blanco Negro	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 6 meses	PESO: 4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO OTRO__	

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO__ COMPRADO__ ADOPTADO X REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Angel Horta	DIRECCION Cl 83 b 94 F-22	TELEFONO 3142297118
CEDULA: 6422 420	CORREO ELECTRÓNICO: 3142297118@sincorreo.com	
BARRIO O VEREDA Quirigua	ESTRATO: 0	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Sexto 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 11.25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: 11.25 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 134 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 38,7 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas	

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,25 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 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: 6422420

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
6.422.420
NUMERO
HORTA
APELLIDOS
LUIS ANGEL
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-JUN-1960
NARIÑO
TULUA (VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
21-SEP-1983 RESTREPO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500100-00002561-M-0006422420-20080329 0000065788A 1 1420000757

Cancelado Daviplata
006655 02-11-25 6:40 PM

enel Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0593535-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 371713859-1

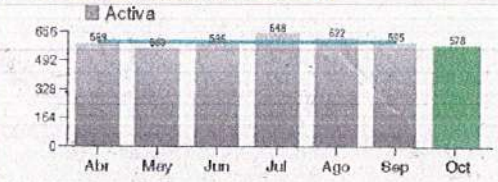
CLIENTE

JESUS ABEL ROZO PRIETO
CL 83 B NO 94 F 22
MZ 44
BOGOTA, D.C. - QUIRIGUA

20 504 8831 / 71376

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $818.83

CONSUMO DIARIO: 19,27 kWh

VALOR DIARIO: $18.831

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 601 kWh

PERÍODO FACTURADO: 25 SEP/2025 A 24 OCT/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 578 kWh

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

Realiza tus trámites de forma fácil y segura.

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

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

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



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	7,25
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005205048831
RUTA LECTURA:	35205060038
MANZANA DE LECTURA:	MS00561845
MEDIDOR NO:	71376
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



GD: 1307/PR1 GRUPO: 11 HL: 0.00 VC: 0.00 CEC: 0.00
PERIODO: 2025/09 DI: 558.44 DF: 822.00000 MD: 0.00 MF: 1.00 %: 0.00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Revisa tus cables regularmente. Mantenerlos en buen estado es una forma sencilla de asegurar un entorno confiable y libre de riesgos.

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com/co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com/co/es/personas/chat-de-atención
316 860 6003 (Envía Bot o para Asesor)
@EnelColombia @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, Débita Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de pago PSE (en Zona Privada enel.com.co), Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: daviplata, Nequi, tpaga

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

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Alkosto

Código QR

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

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



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: $56.794

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: SEP/2025
G: $298,58 T: $51,06 D: $305,10 CV: $77,09 PR: $59,90 R: $30,50 CF: $0,00 / $818,83 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL33-12.5TETH - - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ent. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

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

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

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 28/10/2025 00:20:23
FECHA EXPEDICIÓN: 28/10/2025 13:50:12

CUDE: 12f6b015115694a7b7e2922ce81 82c5104ea5557737dc36f81b729e17a475498f3082bda4784b597df6961 1ef9f2d2d30

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 860.099.857-8 Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW - "NFinanciero - NIT 800.321.151-0

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$567.941		$82.449		$650.390	07 NOV /2025	11 NOV/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0593535-7

25 NOV /2025

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	×	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA TP	33.029		32.451		578		1		578	578		$818.63		$473.266
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$305.19		$0
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20.00 % DEL VALOR FACTURADO													$94.657

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $18.931 DIARIOS

SUBTOTAL: $567.943

Otros cobros asociados a energía

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

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $567.941

Otros cobros de productos y servicios

Tarj.Créd. Franquicia	$82.449

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: $82.449

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

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil COMENSA 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: La tarifa final es de: $818.63

Defensor del cliente Enel.

Estamos aquí para ayudarte.

Si previamente nos habías contactado para realizar una solicitud y esta no fue resuelta, contáctanos directamente por **defensor@enel.com** o **denuncias@enel.com**, o simplemente escanea nuestro QR para hacer una videollamada.

¡Trabajaremos junto a ti para encontrar una solución!

DEFENSOR DEL CLIENTE

defensor@enel.com denuncias@enel.com

Conoce más escaneando este código



NÚMERO DE CLIENTE
0593535-7

Documento Equivalente Electrónico No.
371713859-1

(415)7707209914253(8020)0105935357371713859 1(3900)00000000650390

PAGO OPORTUNO
07 NOV /2025

TOTAL A PAGAR
$650.390

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

HC: 126 | N: 900255003213655 | FECHA: 14-12-2025.

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zafiro | COLOR: Amarillo Blanco.

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA mestizo | EDAD 1A | PESO: 2.5 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_ NO Y

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO Y

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO X MIXTO OTRO____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO X PERRO DE CUADRA____OTRO_____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diego Alejandro Hernandez Carreño | DIRECCION: CL 86A No 95-15. | TELEFONO: 3013454275.

CEDULA: 1018477819 | CORREO ELECTRÓNICO: alejodh93@gmail.com.

BARRIO O VEREDA: Ciudad Bachue | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Tecnologo | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X_RURAL_

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: N.A. | ULT. DESPARASITACIÓN: 11-2025 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 10/2025.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
118 l/m	20 r/m	38,7 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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 Monsc Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441 | FIRMA

3. 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: 1'018.477.819.

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 1.018.477.819
HERNANDEZ CARREÑO
APELLIDOS
DIEGO ALEJANDRO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-JUL-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-AGO-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00469848-M-1018477819-20130913 0034894673A 1 40169609

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: **0626445-8**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 376163948-4

CLIENTE

ABDON CARRENO WILCHEZ
CL 86 A NO 95 15 BL 3 IN 8
INT 308
BOGOTA, D.C. - CIUDAD BACHUE I ETAPA

04 702 7801 / 1102334

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

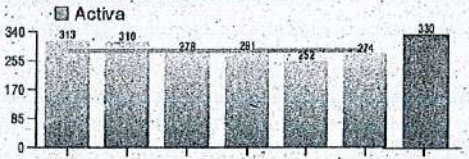
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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**



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $820,96

CONSUMO DIARIO: 10,00 kWh

VALOR DIARIO: $6.881

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 285 kWh

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

DÍAS FACTURADOS: 33

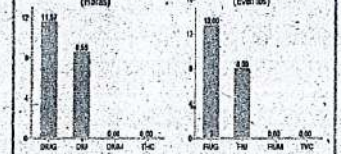
CONSUMO MES 330 kWh

¡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:	2
CARGA kW:	8,06
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007047027801
RUTA LECTURA:	37047840296
MANZANA DE LECTURA:	MS00563133
MEDIDOR NO:	1102334
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 1175STR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/10 DE: 267,15 CR: 252,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %E 0,00
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 [illegible] 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	601 514 00055 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

MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · Efecty · Reval · MOVIRED · puntored · Supergiros

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel — Únicamente Chía, Girardot y Facatativá

Almacenes de Cadena

Jumbo · Éxito

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: $296,48 T: $32,97 D: $307,93 CV: $75,58 PR: $50,36 R: $26,56 CF: $0,00 / $820,96 Costo kWh Mes

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



GRUPO: 11 CIRCUITO: BL29-1175STR1 - - NIVEL DE TENSIÓN: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 9051 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, 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: 05/12/2025 04:46:28
FECHA EXPEDICIÓN: 05/12/2025 16:11:11

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comu[illegible] NIT 800.050.932-8. Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	3 Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN ①
$227.063		$93.737		$320.800	17 DIC /2025	19 DIC/2025

ENERGÍA | Número de cuenta: 0626445-8 | 02 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
ENERGÍA ACTIVA EP	93.437		93.107		330		1		330	330		$820,96		$270.917
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$367,93		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $820,9603		X		Beneficio -41.09 %					-$43.856

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $6.881 DIARIOS — **SUBTOTAL:** $227.061

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$2
SUBTOTAL:	$2

Consumos + Otros cobros asociados a energía — ① TOTAL ENERGÍA: $227.063

Otros cobros de productos y servicios

Tarj.Créd. Franquicia	$93.737

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: $93.737

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 -41.09 %

Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

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

Al momento de hacer tu reporte:

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

Al final recibirás un caso para hacer seguimiento.



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

NÚMERO DE CLIENTE
0626445-8

cumento Equivalente Electrónico No.
376163948-4

(415)7707209914253(8020)010626445837616394 84(3900)000000000320800

PAGO OPORTUNO
17 DIC /2025

TOTAL A PAGAR
$320.800

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

HC		NO	FECHA:
127	900255003213650		14-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Caramelo Guzman				COLOR: Amarillo blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 10 M	PESO: 3.8 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO Y	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: Maria Consuelo Abarraca Gonzalez	DIRECCION Calle 89 No 98A15.	TELEFONO 3123379751	
CEDULA: 51954148	CORREO ELECTRÓNICO: albarraangp@gmail.com		
BARRIO O VEREDA Bachue 1	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
N.A.	09.2025.	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
124 l/m	30 r/m	38.2 ºc	2 seg	Rosada S.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,25 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 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:
María Consuelo Albarracín	51954148 de Bta

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.954.148
ALBARRACIN GONZALEZ

APELLIDOS
MARIA CONSUELO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-MAR-1969
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

10-DIC-1987 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00441106-F-0051954148-20130618 0033458062A 1 1162401877

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil tenerla,

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Iraú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · GNB · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda · 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, este debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

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

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

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

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

CONSUELO ALBARRACIN
CL 89 98A 15 00301 - BACHUE I
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5037101-40360

Lote: P06GN **Ruta:** 001146005003S105000 **Código del Sector:** 345

Cuenta o referencia de pago **61322509**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

345
001146005003S105000
P06GN

vanti



Sin trámites
Sin papeleo
Sin experiencia crediticia

Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.

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

Extracupo hasta de
$2.000.000
exclusivo para motos.

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

éxito · 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 Gasnacol 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, 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.

Incurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los 10 días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con las inconformidades de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

Factura de gas: Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago: 61322509

BOGOTÁ

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 26 Nov. 2025

2 — Fecha de suspensión: 27 Nov. 2025

3 — Periodo facturado: Oct. - Nov. 2025

4 — Emisión de tu factura: 12 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	16M3	3.116,58	0,00	49.865,28
MENOS SUBSIDIO (37%)	1UN	-18.559,86	0,00	-18.559,86
AJUSTE DECENA	1UN	-1,47	0,00	-1,47
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protecc	0	29.447,00	0,00	29.447,00
RECAUDO TERCEROS Póliza Hogar SBS	0	2.359,00	0,00	2.359,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	833,54	0,00	833,54
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	56,70	0,00	56,70
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	54,98	0,00	54,98

1 — Total $64.055,17

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.35 % Visita RPO Cliente Residencial	2/3	30.664,83	833,54	30.664,83

2 — Total $30.664,83

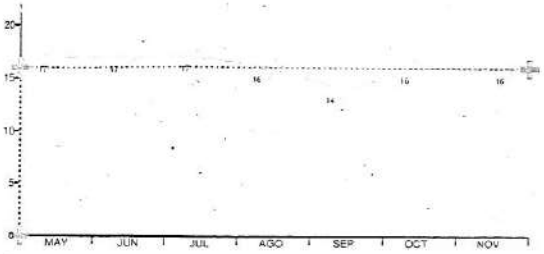
3 — Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $94.720,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
08 Oct. 2025	4911	REAL
10 Nov. 2025	4932	REAL

m^3 corregido= 4932 - 4911 * Factor de corrección = 16

Tu próxima lectura será

Entre 03 y el 08 de Diciembre

Novedades de tu factura

CuVa $ 2741.69

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Sep. 2030

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m^3 de gas este mes es de $2742.

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1438.91 Tm: 632.86 Dm: 599.2 Cm: 0.0
Jp: 70.7 Cvm: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

M_3/m^3 Tu consumo en m^3 de gas equivale: 189 kWh y el precio unitario del kWh es: $165.637

Factor de corrección

Vm: 21 Kp: 0.76865 Kt: 1.00631 Pt: 0.7735
Vc: 16 Tm: 13.75 Tc: 15.56 Pc: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.0234 Pi pv: 1.0

Factor de corrección: 0.7735

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IFIL: 100.0





(415)7709998026025(8020)61322509(3900)00000000094720

Somos grandes contribuyentes Resolución 000209 Diciembre 27/2013 Retenedor de IVA Autoretenedores Resolución No. 0959 del 17 Jul 1998 Actividad económica 4710 Régimen del Tío Tramitiño 1976493267187 del 31/03/2023 Facturación electrónica desde N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 2 1100100 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

Contiene 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

900255003231608

HC: 128 | FECHA: 14-12-2025.

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Stormy Alvarado | COLOR: Gris.

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 4A | 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: Emma Constanza Castillo Contreras | DIRECCION: Calle 83 No 95-34. | TELEFONO: 3197933487

CEDULA: 51743370 | CORREO ELECTRÓNICO: econnycastillo@hotmail.com

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

ESCOLARIDAD: Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL__

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: 10.2025. LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 10.2025.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
146 l/m	32 r/m	38.2 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,25 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.8 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. 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:
	51743870

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 DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.743.370

CASTILLO CONTRERAS

APELLIDOS

EMMA CONSTANZA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 02-JUL-1964

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	O-	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-FEB-1983 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00148621-F-0051743370-20090131 0009775309A 1 1280033529

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 generla,

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 · Baloto · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda · Grupo Aval · 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.

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

Para cerrar tu factura el día 15 cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso ante de la fecha señalada para el pago oportuno.

¡Hola!

EMMA COSTANSA CASTILLO
CL 83 95 34 B04 04 00305 - BOCHICA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097197-220903

Lote: P04GN Ruta: 001146010132000550O Código del Sector: 344

Cuenta o referencia de pago **60911778**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 1.729.710**

344 001146010132000550O P04GN 72198

C1

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
$12.000.000
exclusivo para motos.

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

éxito · Alkosto · Ktronix · Homecenter

Sujeto a cupo 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

Remitente: VANTI
EMMA COSTANSA CASTILLO
CL 83 95 34 B04 04 00305
BOGOTA
Cuenta: 60911778
72198

011504110607219B

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.

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

vanti
Más formas de avanzar

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago 60911778

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 24 Nov. 2025

2 — Fecha de suspensión: 25 Nov. 2025

3 — Periodo facturado: Oct. - Nov. 2025

4 — Emisión de tu factura: 10 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	25M3	2.741,69	0,00	68.542,25
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,71	0,00	1,71
RECAUDO TERCEROS Seguro Hogar	0	3.642,00	0,00	3.642,00
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	10.532,00	0,00	10.532,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	64.406,34	0,00	64.406,34

1 — Total $151.304,30

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.88 % V-Tecnología Vanti	12/24	136.743,99	38.076,13	136.743,99
1.88 % V-Tecnología Vanti	6/12	187.921,71	26.330,21	187.921,71

2 — Total $324.665,70

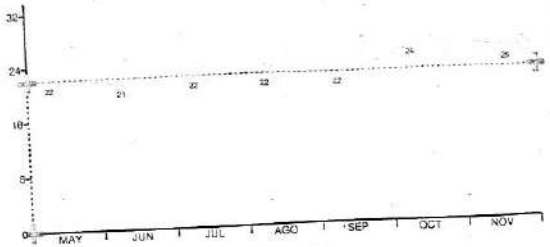
3 — Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $475.970,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat.Tres — Días de consumo 32

Fecha	Lectura	Tipo
07 Oct. 2025	101	REAL
07 Nov. 2025	133	REAL

m³ corregido= 133 - 101 * Factor de corrección = 25

Tu próxima lectura será

Entre 01 y el 06 de Diciembre

Novedades de tu factura

Estimado cliente recuerde que tiene entre Nov/2025 y el 30/04/2026 para realizar la Revisión Periodica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/05/2026 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 cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $71.000

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Abr. 2026

La revision de la instalacion 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
Up: 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 m³ de gas equivale: 295 kWh y el precio unitario del kWh es: $246.516

Factor de corrección

Vm: 32 Kp: 0.76826 Kt: 1.00631 Pt: 0.7731
Vc: 25 Tm: 13.75 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.023 Pf (v): 1.0

Factor de corrección: 0.7731

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPR: 100.0





(415)7709998026025(8020)60911778(3900)00000000475970

Somos grandes contribuyentes Resolución Interna [illegible] Resolución No. 4959 del 17 de Julio 1996. Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764001 con Vigencia de 24 meses Resolución No. 4959 del 17 de Julio 1996. Autorización de Numeración de Facturación No. 500000601 hasta 1000000600 con vigencia de 24 meses 31/03/2025 Factura en modalidad de contingencia desde N° 500000601 hasta 1000000600 con vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 2 110010006 6. VANTI S.A. ESP. [illegible] 813 5. Prestar local Dalkia Y Teuchi S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art 130 de la Ley 142 de 1994.

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

HC	MI	FECHA
129	900255003231620	14-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDADX

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Botas				COLOR: Amarillo.	
ESPECIE: CANINO___ FELINO Y SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 2A	PESO: 4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO Y	
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO Y	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO Y	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO____			

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO____COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO X PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sebastian Cely Ubas	DIRECCION Cl 76B No. 105b21	TELEFONO 3227309677	
CEDULA: 1000952672.	CORREO ELECTRÓNICO: Sebax4646@gmail.com.		
BARRIO O VEREDA Garces Navas	ESTRATO: 3.	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 124 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 38.7 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41411	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.

Asf 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:
Sebastian C	1000952672

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.000.952.672

CELY VIVAS

APELLIDOS

SEBASTIAN

NOMBRES

Sebastian Cely

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-MAR-2002

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

25-AGO-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01154088-M-1000952672-20200827 0071568648A 1 8500564814

enel Bogotá

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

Si ya pagaste y completaste tu información de pago, ignora este mensaje.

0585968-4

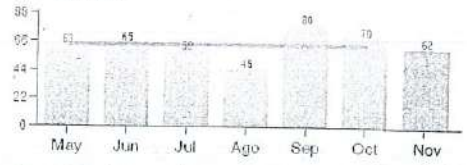
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 372815278-6

GILMA BORDA PADILLA
CL 76 B NO 105 B 21 ,
BOGOTA, D.C. - GARCA.S NAVAS ORIENTAL

05 709 5950 / 2985215

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código.

Activa



VALOR kWh APLICADO: $620,95

CONSUMO DIARIO: 2,14 kWh

VALOR DIARIO: $1.492

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

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 62 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 62 kWh

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

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.

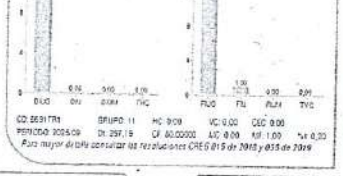
*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

Términos y condiciones: The Bank of New York Mellon, actuando bajo la razón social Banco de New York Mellon, Sucursal Colombia S.A., debidamente inscrita en la Superintendencia Financiera de Colombia, Autorizada para la prestación de servicios de custodia. Consulta términos y condiciones en www.creditofacilcodensa.com

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	15,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007057096950
RUTA LECTURA:	37057180138
MANZANA DE LECTURA:	MS00562829
MEDIDOR NO:	2985215
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 2631781 GRUPO: 11 HC: 9.09 VC: 0.00 CEC: 0.00
PERIODO: 2025.09 DI: 297,19 CF: 60.00000 AJC: 0.00 AJI: 1.00 *= 0,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 055 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

BRIGADA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIE
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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale! · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED · Efecty · Red Multicolor · MOVIRED

Red Digital: RED CADE

Centros de Servicio: enel Colombia Chile, Brasil y Peruana

Almacenes de Cadena: Olímpica · Makro

Código QR

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: OCT/2025
G: $296,46 T: $52,97 D: $207,03 CV: $76,68 PR: $60,35 R: $28,56 CF: $0,00 / $620,95 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CIRCUITO BL27-2631781 - - NIVEL DE TENSIÓN1 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 ellos 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 19 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.

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

FECHA GENERACIÓN: 07/11/2025 01:27:18
FECHA EXPEDICIÓN: 07/11/2025 21:03:12

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.050.612-8

CUDE: f10a91b751b77ee45770cbf2179ac2d1c8e18b9f755e9cd44f3dffb60eb249eed83db44098b5e49eb15ff484131acaf2

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

HC	NO	FECHA:
130	900255003231619	14-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Caramelo			COLOR: Amarillo.	
ESPECIE: CANINO__ FELINO Y	SEXO: HEMBRA__ MACHO Y	RAZA Mestizo	EDAD 6m	PESO: 3.4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO Y
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO Y	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO Y MIXTO OTRO____		

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO____COMPRADO____ADOPTADO Y REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Victor Manuel Delgado Merchan	DIRECCION TV 94 N° 86A39	TELEFONO 3208355887
CEDULA: 1.005 305 813	CORREO ELECTRÓNICO: victor.manuld2020@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Quirigua	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X 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/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: 04-2025 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
124 l/m	30 r/m	38.7 °c	2 seg	Rosadas..

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,25 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9713	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:
	1005303813

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 1.005.305.813
DELGADO MERCHAN
APELLIDOS
VICTOR MANUEL
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-ENE-1994
GUACA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
24-ENE-2012 MALAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01099144-M-1005305813-20190923 0067728459A 1 9909983562

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0638901-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 376137207-5

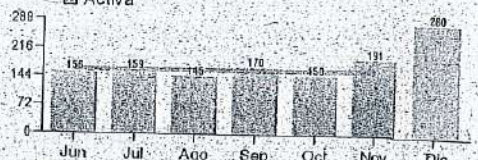
CLIENTE

JOSE A MEZA
TV 94 B NO 86 A 39
MZ 57
BOGOTA, D.C. - QUIRIGUA

04 703 5947 / 37221

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $820,96

CONSUMO DIARIO: 8,48 kWh

VALOR DIARIO: $6.481

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

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES 280 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 162 kWh

Tu consumo actual no supera los meses de mayor consumo de los últimos 2 años

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**



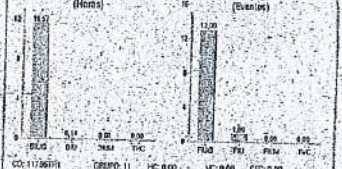
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	4,03
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007047035947
RUTA LECTURA:	37047170223
MANZANA DE LECTURA:	MS00561862
MEDIDOR NO:	37221
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

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

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

Registrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

PUNTOS DE SERVICIO PRESENCIALES	TELEFÓNICOS	
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140055

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, efecti, Reval, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Éxito

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, sobre 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: $256,46 T: $52,97 D: $307,93 CV: $76,69 PR: $60,36 R: $26,56 CF: $0,00 / $820,96 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: 0L1A-11 SISTEMA: 1 NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

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

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115 fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9091 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 015011 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 de medición 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 dirígete a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código

FECHA GENERACIÓN: 05/12/2025 04:49:00
FECHA EXPEDICIÓN: 05/12/2025 16:57:11

CUDE: afee1060e432ac237c6f22cb9e1575f8ca83e5ec5385862ea6caa521819ab25dd9c1a3ff5c85b1142069b9614d106b07

Factura Impresa por Convista Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.098.812-9. Proveedor Tecnológico: Convista Tecnología y Servicios SAS BIC - Número del SW: CENFinanciero - NIT 900.221.151-6

(1) Energía		(2) Otros cobros y servicios		Total a pagar	PAGO OPORTUNO	
$213.860	+	$0	=	$213.860	17 DIC /2025	
					FECHA DE SUSPENSIÓN	
					19 DIC/2025	

ENERGÍA — Cuenta No. 0638901-6 — 02 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Proceso analítica datos

CALCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de Kilowatios	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	20.514		20.234		280		1		280	280		$820,96		$229.869
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 $6.481 DIARIOS												SUBTOTAL:		$213.860

Otros cobros asociados a energía

Otros cobros de productos y servicios

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

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA $213.860

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 Ésci CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas 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.

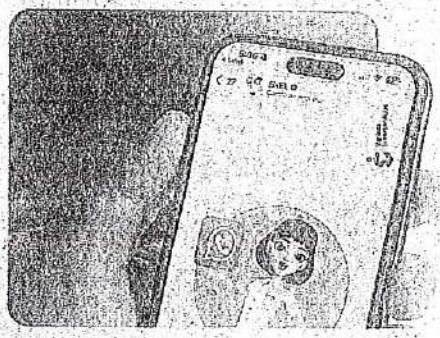
Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

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
0638901-6

Documento Equivalente Electrónico No.
376137207-5

(415)7707209914253(8020)010638901637613720 75(3900)000000000213860

PAGO OPORTUNO
17 DIC /2025

TOTAL A PAGAR
$213.860

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

HC: 131	900255003231143	NO	FECHA: 14-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Miquelito			COLOR: Amarillo.	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 6m	PESO: 2.6 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 X REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gina Marcela Ovalle Mendez	DIRECCION CL 78C No 110-97.	TELEFONO 3132651829
CEDULA: 1.016.002.328	CORREO ELECTRÓNICO: giuovallemendez@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Villas de granada	ESTRATO: 3.	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N.A	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa 09.2025.	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: 09.2025.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 178 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 38,7 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosada S.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	012 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 previos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO	Dr. Ruben Tovar	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	TP. 28673	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Forero	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

Asf 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]	1016002328 BTA

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.016.002.328**
OVALLE MENDEZ

APELLIDOS
GINA MARCELA

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-ABR-1987**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-MAY-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01139726-F-1016002328-20200603 0070787116A 2 9912330156

144661

enel Bogotá

earth pact 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: **1375224-8**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 376497633-7

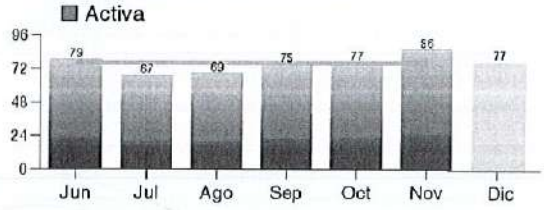
144661

CLIENTE

PATRICIA GONZALEZ CUBILLOS
CL 78 C NO 110 97 IN 10 AP 302
AP 302
BOGOTA, D.C. - VILLAS DE GRANADA I

06 708 0348 / 6032991

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $800,09

CONSUMO DIARIO: 2,57 kWh

VALOR DIARIO: $1.746

PERIODO FACTURADO: 05 NOV/2025 A 04 DIC/2025

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 77 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 76 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.

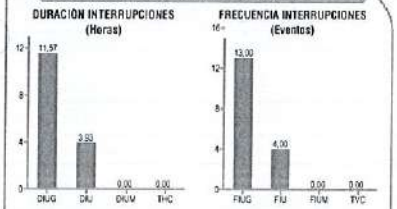
Repórtalo de forma anónima al **601 514 0000** o a través de nuestra **página web: enel.com.co**



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	5,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007067080348
RUTA LECTURA:	37067160275
MANZANA DE LECTURA:	MS00564930
MEDIDOR NO:	6032991
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 5170TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/10 DI: 275,15 CF: 77,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %E 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

CONTÁCTANOS

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

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	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

dale! · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · efácil · Reval · Baloto · Bancolombia · 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: BL12-5170TR1 - - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

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

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

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

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

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

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 10/12/2025 01:18:46
FECHA EXPEDICIÓN: 10/12/2025 19:07:09

CUDE: bb0eced92b9f40bc4f4f790b4d6526ead183894915 5c7f19c5496617c5e789a8ea5f56b0d3bfd3e0c253ce363611a4ca

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 890.321.151-0
10.339 - Página 1 de 4

144661

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

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
132	Expiry-Date:2030/09/02 900255003231369	14-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:
Orange	amarillo / Blanco

ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA	EDAD	PESO	MANEJO ESPECIAL:
		Mestizo	2A	5 KG	SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO:	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR
SI__ NO X	SI__ NO X	CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO OTRO__

ORIGEN: NS/NR_ RESCATADO__ COMPRADO__ ADOPTADO X REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Joan Sebastian Torres Carrillo	Cl 91 N° 90H 70	3187738782

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1014 244 258	jstorres3333@gmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Los Cerezos	3	ENGATIVÁ

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
N/A	octubre/25	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:
124 l/m	32 r/m	37,6 °c	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Morfina	0,1 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	FIRMA
Dr. Ruben Tovar TP. 28673	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Valentina Monsalve Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	

3. 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:
	1014244258

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 1.014.244.258

TORRES CARRILLO
APELLIDOS

JOAN SEBASTIAN
NOMBRES



FIRMA



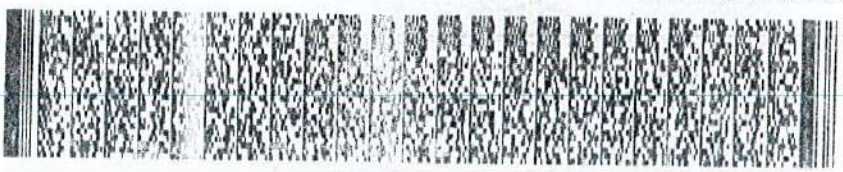
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-JUN-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.79 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

17-JUN-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-00990 12-M-1014244258 20180328 0060500818A 1 9903646038

Costo Fijo Total CFT: 70.100,00 | Costo variable no aprovechable 32.526,80 | Valor base aprovechamiento 150.736,55

Componentes de tarifas

Frecuencia Barrido: 03 | Frecuencia Recolección: 03 | %Participación 0,000%

Und. Res. Desocupada: 000 | Und. No Res. Desocupada: 000 | Volumen 0,00

Und. Res. Ocupada: 2 | Und. No Res. Ocupada: 0 | Densidad 0,000

Datos del usuario

Tipo de producto RESIDENCIAL | Estrato 3

KR 69 No. 80-27A45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80

Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM

BOGOTÁ 901144843-9

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$136.409	Interés mora	$73
Subsidio	$20.461-	Ajuste a la decena -crédito-	$1-

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$116.020
Aporte (+)	00%	Total Ingresos del periodo	$116.020
Informativo - 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
0.0026	0.0010	0.0000

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas
0.0551	0.0379

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$111.536	$116.060	$111.773	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

aseo

Período facturado Aseo
SEP/01/2024 - OCT/31/2024
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato	Número para pagos
Núm. de identificación de este predio	Número de esta factura de servicios públicos
10245753	41316279714

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: F22233A 2

10245753	41316279714
Cuenta contrato	**Número para pagos**
Núm. de identificación de este predio	Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
JORGE ANTONIO TORRES OLAYA

Dirección del predio
CL 91 90H 10

Barrio: **LOS CEREZOS** Localidad: **ENGATIVA**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	AGO/25/2024	-	OCT/24/2024

Pago oportuno **NOV/29/2024** Suspensión **DIC/04/2024**

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
ENE/21/2025	NOV/16/2024 10:29:02	NOV/16/2024 13:59:25

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

cadena

Tu consumo en este perí do

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 24

24 21 28 7

FEB-ABR	ABR-JUN	JUN-AGO	ÚLTIMO CONSUMO	Este período
$167.108	$149.153	$201.294		

En este periodo consumiste menos agua que el anterior.

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

En este período 27.000

Promedio al día 443

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 4556
Lectura anterior 4529
Tu consumo este período 27

Facturado con Consumo Norma
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA
Serie 08015IB013335

Tipo VELO015C
Diámetro pulgadas ½

Para reducir tu consumo, recuerda:

Ducharte en 3 minutos para **reducir tu consumo**

Tener siempre un balde en la ducha para **reusar el agua recogida**

Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto $98.217,51 (1) + Alcantarillado $95.618,53 (2) + Otros cobros $143 (3 4 5 6) + Aseo $116.020 (A) = Total a pagar $310.000

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas numeradas 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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 19d81c6cd74f397b140961dden998fb4 ... 518058d4c016a58436adb43e28476a41e9cab2af71e9978206e1992450ba40

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Subsidio/Aporte (%)	Subsidio/Aporte ($)	Cargo	Cant.	Valor unitario	Subsidio/Aporte (%)	Subsidio/Aporte ($)	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2.00	$9.165,79	-15	$2.759-	$18.416,42	$18.632,58	2.00	$4.370,95	-15	$1.311-	$8.715,31	$27.430,99
Consumo residencial básico (m³)	22.00	$3.484,59	-15	$11.499-	$76.661,90	$65.161,90	22.00	$3.720,99	-15	$12.279-	$81.162,84	$89.362,78
Consumo residencial superior básico (m³)	5.00	$3.484,59		$0	$17.422,95	$17.422,95	5.00	$3.720,99		$0	$18.604,95	$18.604,95
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$14.258-		$98.217,51				$13.590-		$95.618,63

* Corresponde a consumos de hasta 11 m³ mensuales (22 m³ bimestrales). ** (+) sobre: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) subsidios: 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, agrega un %.

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$24,27	$74,77
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$5,29	$87,97
Total por consumo facturado	$29,56	$162,74

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta el 100% en consumos (12 m³ por cada período facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. Acuerdo 937 de 2023

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$3
Intereses de mora	$140
Subtotal	143

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

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/cade

La EAAB ESP posee convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Citi

Aseo
Valor a pagar
$116.020

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si paga con cheque, gírar los cheques únicamente de gerencia a nombre de la EAAB-ESP NIT 899.999.094-1 y escribir en cada uno con el número de cuenta contrato, indicando cuál corresponde al valor de acueducto y cuál al valor de aseo.

(415)7707200489006(8020)413162797140(3900)000000116020

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$193.980

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

(415)7707200485271(8020)413162797141(3900)000000193980

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS PODRÁ ABRIRSE EN EL RUPO UNICO DE REGISTRO 1-11C0102-10 FA3-ESP

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

Expiry-Date:2030/09/02
900255003231648

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
133		12-14-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:
Zeus	Naranja

ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 2A	PESO: 3.8 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO 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
Shirley Angelica Galvis Afanador	Cl 84 Bis N° 94I 27	3229179497

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1090405244	Shirleygalvis347@gmail.com.

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Quirigua	3	ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL__

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa N/R	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 124 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 37,8 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,25 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	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:
	1090405244

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 **1.090.405.244**

GALVIS AFANADOR

APELLIDOS

SHIRLEY ANGELICA

NOMBRES

SHIRLEY GALVIS

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-JUN-1989**

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

03-JUL-2007 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01305416-F-1090405244-20220628 0079879379A 1 8505003772

Bogotá

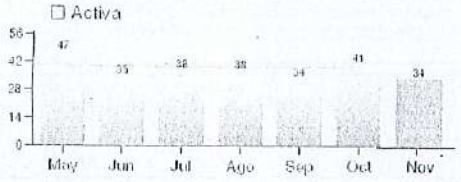
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860 063 875-8
Calle 13 No. 13 - 45 Piso 1

0593606-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 375413732-4

GUILLERMO GONZALEZ
CL 84 BIS NO 94 I 27 AP 100
1 PISO
BOGOTA, D.C. - QUIRIGUA

20 504 8736 / 27694212



VALOR kWh APLICADO
$820,96

CONSUMO DIARIO:
1,06 kWh

VALOR DIARIO:
$741

PERÍODO FACTURADO:
25 OCT/2025 A 25 NOV/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

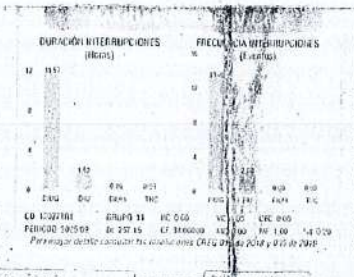
CONSUMO MES
34 kWh

¡Enel Inicial Nuevo! acerca LA LECTURA DE TU MEDIDOR a tu comodidad. Ya operan los primeros municipios del Tolima!

¡TE FACILITAMOS
HASTA
$12.000.000
EN EFECTIVO!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	10,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005205048736
RUTA LECTURA:	35205060241
MANZANA DE LECTURA:	MS00561842
MEDIDOR NO:	27694212
SUBCLASE:	Básica



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

Trámites y solicitudes en enel.com/co/es/personas/solicitudes
Chat de servicios en enel.com/co/es/personas/chat-de-atencion
310 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Opción 1 para hablar con un asesor
601 614 0065 desde celulares a nivel nacional
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com





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

G: $896,16 T: $52,57 D: $307,93 CV: $78,08 PR: $60,36 R: $26,50 CF: 30,00 / $820,96 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL29-12077101- - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica tarifa 11.01 rev. int. Somos beneficiarios de tarifas según Resolución No. CREG 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 goza del derecho de estos actos de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador red: ENEL COLOMBIA S.A., ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 015911 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 clientes. Para ampliar 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 Colombia), de acuerdo con la aprobación expresa enviada por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que presten los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjase a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El procesador 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 00:45:45
FECHA EXPEDICIÓN:
28/11/2025 18:24:22

CUDE: 5e2b2f2fd4d904a33c5c348...

Proveedor Tecnológico ... ENEL-CO S.A.S. BIC - Nombre del SW: CENFacturación NIT 860.391.131-0

10 DIC /2025

$23.730	$0	$23.730	12 DIC/2025

0593606-4 26 DIC /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGIA ACTIVA	55.762	55.762	31	1	31	31	$920.98	$27.911	
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$397.93	$0	
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 120.00 kWh	X	Valor kWh $920.9803	X	Beneficio 15.00 %			-$1.187	

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $741 DIARIOS

SUBTOTAL: $23.726

Ajustes a la factura

SUBTOTAL: $0

$23.730 $0

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 de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.863

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil COOENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas 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 no aplica para el consumo de subsistencia (0 – 120 kWh mes) es de: 15.00 %

Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

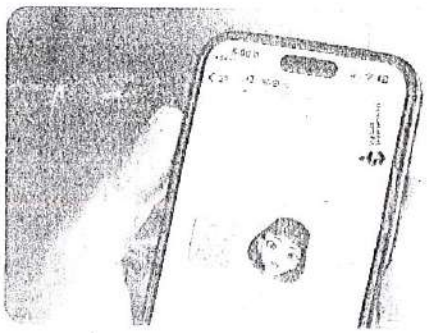
Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

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. Fiscalizada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.



NUMERO DE CLIENTE
0593606-4

Documento Equivalente Electrónico No.
375413732-4

(415)7707209914252(8020)010593606437541373 24(3900)000000000023730

PAGO OPORTUNO
10 DIC /2025

TOTAL A PAGAR
$23.730

Alcaldía Local de Engativá

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

HC Número de Historia clínica: 134	MICROCHIP: 900255003231185	FECHA: 14-12-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Caramelo			COLOR: Beige / Marron	
ESPECIE: CANINO_FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA Siames	EDAD 8M	PESO: 2,5 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: Eliana Judith Serna Sandoval	DIRECCION Kr 93A # 76-66	TELEFONO 3205460892
CEDULA: 52291686	CORREO ELECTRÓNICO: 3205460892@sincorreo.com	
BARRIO O VEREDA Paris	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachillerato	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	176	l/m	F. RESPIRATORIA:	30	r/m	TEMPERATURA:	37,9 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	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

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañia, 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:
	52.291.686.

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 **52.291.686**

SERNA SANDOVAL

APELLIDOS

ELIANA JUDITH

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-AGO-1974**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA **O-** G.S. RH **F** SEXO

18-NOV-1992 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00365969-F-0052291686-20120323 0029472381A 1 1641773916

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

NA6
Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto **ZONA:** 2 **CICLO:** E2 **RUTA:** E22188

BIMESTRAL

10231017
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42774927810
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Periodo facturado **AGO/17/2025 - OCT/16/2025**

Pago oportuno **NOV/21/2025** Suspensión **NOV/26/2025**

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de exposición factura
ENE/15/2026	NOV/05/2025 06:24:59	NOV/05/2025 09:34:51

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

¡Hola!

Factura a nombre de
JAIME SANDOVAL

Dirección del predio
KR 93A 76 66

Barrio: PARIS **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 CONTROLAGUA Tipo VELO015R160
Serie [illegible] 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 centros de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena. [illegible]

13186

71639

Alcaldía Local de Engativá

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

Expiry-Date:2030/09/02

HC Número de Historia clínica: 135 | MICROCHIP: SI Número de IV: 900255003231188 | FECHA: 7-12-25.

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mirringo | COLOR: Paido

ESPECIE: CANINO_FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 1A | PESO: 5.3 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__NO X

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

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X_____COMPRADO_____ADOPTADO ____ REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Eliana Judith Serna Sandoval | DIRECCION Kr 93A #76-66 | TELEFONO 3205460892

CEDULA: 52291686 | CORREO ELECTRÓNICO: 3205460892@sincorreo.com

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

ESCOLARIDAD: Bachillerato | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa N/R | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 176 l/m | F. RESPIRATORIA: 34 r/m | TEMPERATURA: 37.7 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	52 291 686.

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 **52.291.686**

SERNA SANDOVAL

APELLIDOS

ELIANA JUDITH

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-AGO-1974**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | **O-** G.S. RH | **F** SEXO

18-NOV-1992 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00365969-F-0052291686-20120323 0029472381A 1 1641773916

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899 999 094 - 1

NA6
Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto **ZONA:** 2 **CICLO:** E2 **RUTA:** E22188

BIMESTRAL

10231017
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42774927810
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga tu Documento Equivalente Electrónico

Periodo facturado **AGO/17/2025 - OCT/16/2025**

Pago oportuno **NOV/21/2025** Suspensión *NOV/26/2025*

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/15/2026	NOV/05/2025 06:24:59	NOV/05/2025 09:34:57

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 ↓

¡Hola!

Factura a nombre de
JAIME SANDOVAL

Dirección del predio
KR 93A 76 66

Barrio: PARIS 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 CONTROLAGUA Tipo VELO015R160
Serie 22126255 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 centros de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena.

13186

71639

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
136	900255003231144	14.12.25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nieve				COLOR: Atigrado	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 3 años	PESO: 4,4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X	
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO____			

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO X REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jhonatan David Lopez Sosa	DIRECCION Ak 86 75a-18	TELEFONO 3054492712	
CEDULA: 1000 936 702	CORREO ELECTRÓNICO: Jhovid2305@gmail.com		
BARRIO O VEREDA la Granja	ESTRATO: 0	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: tecnologo NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_		

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
176 l/m	24 r/m	38,1 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,6 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: 1000936702

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:


CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.000.936.702

Apellidos
LOPEZ SOSA

Nombres
JHONATAN DAVID

Nacionalidad
COL

Estatura
1.67

Sexo
M

Fecha de nacimiento
23 MAYO 2002

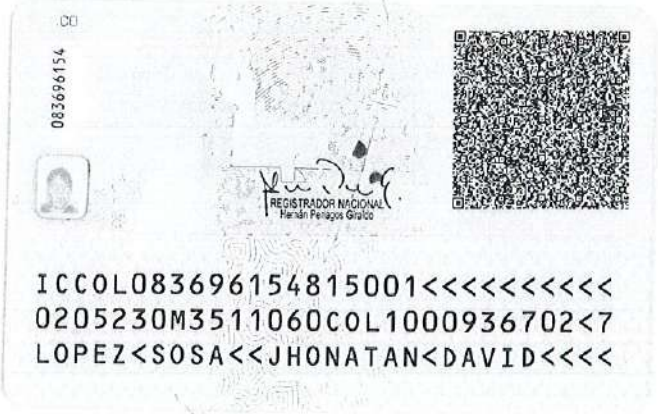
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
03 JUL 2020 BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
06 NOV 2035


CO

083696154

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL083696154815001<<<<<<<<<<
0205230M3511060COL1000936702<7
LOPEZ<SOSA<<JHONATAN<DAVID<<<<

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: **0576825-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 375199645-0

CLIENTE

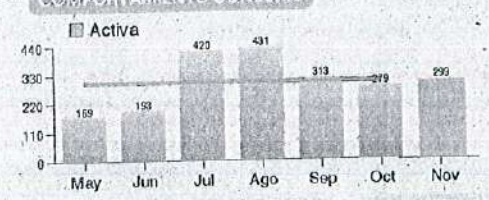
VICENTE CASTEBLANCO
AK 86 NO 75 A 18
SAN JOSE LA GRANJA
BOGOTA, D.C. - LA SOLEDAD NORTE

19 506 0619 / 21616207

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código.

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD
¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000
EN EFECTIVO
Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia
¡Acércate ya a uno de nuestros puntos
Crédito Fácil CODENSA!
Encuéntrelos 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: $820,86

CONSUMO DIARIO: 9,34 kWh

VALOR DIARIO: $9.205

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 301 kWh

PERÍODO FACTURADO: 24 OCT/2025 A 24 NOV/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

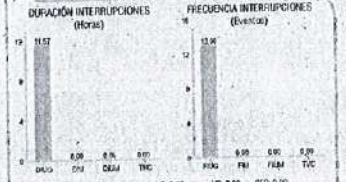
CONSUMO MES: 299 kWh

¡Estamos atentos sobre si la LECTURA DE TU MEDIDOR y el CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	1,13
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005195060619
RUTA LECTURA:	35195120639
MANZANA DE LECTURA:	MS00561536
MEDIDOR NO:	21616207
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CR: 3045759 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 202509 DI: 257,15 CI: 353,00000 HC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,69
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

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

CONTÁCTANOS

Teléfonos y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicadores
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 8005 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia
@enel_colombia_co
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 6140055 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, Cobro Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de pago Online, Botón de Pago Bancolombia

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

Corresponsales Bancarios: CONRED, Red Dinámica, Ruvel, Red Cade, Efecty

Centros de Servicio: enel Colombia Gas, Energía y Servicios

Almacenes de Cadena: Olímpica, Alkosto

Código QR

Si tiene saldo a favor en el servicio de energía, antes del vencimiento de la factura, el valor será descontado en el siguiente ciclo de facturación.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: OCT/2025
G: $296,46 T: $52,97 D: $307,93 CV: $76,88 PR: $60,36 R: $25,56 CF: $0,00 / $820,86 Costo kWh Mes

Inscríbete a la factura virtual Enel 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: $29.456

GRUPO: 11 CIRCUITO: BLZ9-3447581 - NIVEL DE TENSIÓN 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, bjara 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 19 de diciembre de 2025.
Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG155/11 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 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 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: 27/11/2025 02:13:35
FECHA EXPEDICIÓN: 27/11/2025 22:45:18

CUDE: 5e507c34b9d7d1c1e516a9d5006911d042d33276bf771c7c345b2114ccd2f96e0986333d70a57af20d923b0867771666

Factura impresa por Gerencia Documental de Comunicación SAS NIT 860.063.875-8. Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

1 $294.560	+	2 Portafolio Enel X $0	$294.560	PAGO OPORTUNO 09 DIC /2025
				FECHA DE SUSPENSIÓN ① 11 DIC/2025

ENERGÍA | NÚMERO DE CUENTA 0576825-5 | 23 DIC /2025

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

CÁLCULO CONSUMO DE LA FACTURA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de Lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida (kWh)	Subsidios Facturados	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA EP	95.810		95.511		299		1		299	299		$820.96		$245.467
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$307.93		$0
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20.00 % DEL VALOR FACTURADO													$49.093
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $9.265 DIARIOS												SUBTOTAL:		$294.560

Otros cobros asociados a energía

Consulta en la Línea de Atención al Cliente

① TOTAL ENERGÍA $294.560

Otros cobros de productos y servicios

Te invitamos a cancelar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, la Sucursal Online en la página web o inscribir y ver la FACTURA VIRTUAL desde www.enelx.com en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

② TOTAL OTROS: $0

① Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $111.764

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

ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $820,96

Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

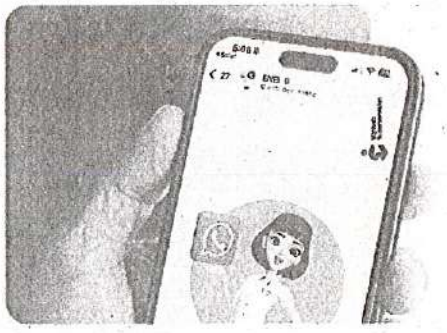
Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

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	PAGO OPORTUNO
0576825-5	09 DIC /2025
	TOTAL A PAGAR
	$294.560

Documento Equivalente Electrónico No. 375199645-0

(415)7707209914253(8020)010576825537519964 50(3900)000000000294560

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

HC: 137	900255003231604	NO	FECHA: 14-12-2025.

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Thomas				COLOR: Camel.	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA Persa	EDAD 3A	PESO: 4.4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____			

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO____ COMPRADO____ ADOPTADO X REGALADO____ PERRO DE CUADRA____ OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Janeth Barrera Cabuya	DIRECCION Kra 94 H No. 85-34	TELEFONO 3115454926	
CEDULA: 52 586491	CORREO ELECTRÓNICO: ValerySalome0412@quail.com		
BARRIO O VEREDA Quirigua	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL__		

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

ULT. CELO: NA	ULT. DESPARASITACIÓN: 09.2025.	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa	
		FELINOS: TRIPLE FELINA: 02.2025. LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 02 2025.	

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m	F. RESPIRATORIA: 26 r/m	TEMPERATURA: 37.6 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas	
OBSERVACIONES:					

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,25 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Ruben Tovar TP. 28673	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Ferrer MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA	Valentina Alonso Ferrer 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:
Martha Becerra	52 586 041

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 52.586.491
BARRERA CABUYA
APELLIDOS
MARTHA JANETH
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-ENE-1973
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-MAY-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00018382-F-0052586491-20080628 0000682677A 1 1280006096

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

Para mayor y consultas tu número de cliente es: **0639199-2**

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 376147520-3

CLIENTE

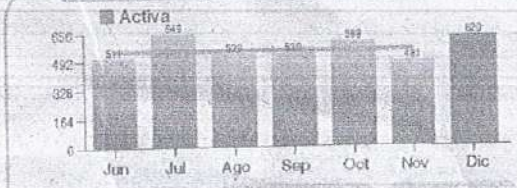
ANA CECILIA BERNAL DE MENDEZ
KR 94 H NO 85 34
MZ 50
BOGOTA, D.C. - QUIRIGUA

04 703 6199 / 595756





COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO:	DÍAS FACTURADOS:	CONSUMO MES
31 OCT/2025 A 02 DIC/2025	33	620 kWh

Hemos tenido en cuenta 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:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007047036159
RUTA LECTURA:	37047170449
MANZANA DE LECTURA:	MS00561854
MEDIDOR NO:	595756
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL S



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



Corresponsales Bancarios | Red Distrital | Centros de Servicio



Almacenes de Cadena

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: OCT/2025
G: $296,65 T: $52,97 D: $307,93 CV: $76,69 PR: $59,36 R: $25,56 CF: $0,00 | $820,96 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: ELSA-11574781 - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Generalización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por ell. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 23 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1998.

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

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron calificaciones, admisibles y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, es invitamos a consultarnos 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 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 definidos por esta Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: 6909ee9c0da3f113b4e1381b0477f4ea0fe9a9b5b62a862b69d3120a130dffb831152b512c9a4b20000c40d6e94b378569

FECHA GENERACIÓN: 05/12/2025 04:48:43
FECHA EXPEDICIÓN: 05/12/2025 16:32:16

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.090.812-4.

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS DIC - Nombre del SW: CEN Financiero - NIT 809.021.161-0

CORRESPONSAL BANCARIO
DAVIBANK
Puntored no te cobra por esta transaccion
Pago de facturas Davibank

TRANSACCION EXITOSA

Fecha	11/12/2025
Hora	15:04:02
Terminal	310812
Convenio	RECAUDO ENEL VENCIDO Y NO VENCIDO
Cod Convenio	0266
Referencia	06391992
Valor	$507,990
Transaccion	001299903120
Usuario	NINY JOHANA MORA MEJIA

Linea de atención personalizada en Bogotá: 3487881 Resto del País: 01 8000 960 505
Aquí también puede pagar su tarjeta de credito y creditos de consumo del Banco Davibank
BANCO DAVIBANK VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 Martha Barrera, identificado con cédula de ciudadanía número 52 586 491, de _____autorizó el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino ☐ felino ☒ de Nombre Gaufel Raza Perda Edad 1 año

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: Martha Barrera

FECHA: 14-12-2025
JORNADA #
UBICACION Quirigua