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

HC: 38	MICROCHIP: SI — Expiry-Date:2030/09/02 900255003231490		FECHA: 20-12-23.

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kiara Molina			COLOR: Pardo / Blanco
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA: Mestizo	EDAD: 4M	PESO: 7.2 KG — MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X ____COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Rocio Molina Duarte	DIRECCION: Kr 116 A N° 69B 68	TELEFONO: 3045248957
CEDULA: 1014185489	CORREO ELECTRÓNICO: dianis molina 2405 @ gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Centro Engativa — ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: N/R	ULT. DESPARASITACIÓN: NOV/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: NOV/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: 140 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38,1 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,12 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,12 ml.	0,5mg/kg IV 1mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	012 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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomia/orquiectomia (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	Dra. Nicole Adela Suárez Mora Medica Veterinaria Universidad de la Salle T.P. No. 32538	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:
	1014185489.

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 CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.014.185.489



Apellidos
MOLINA DUARTE

Nombres
DIANA ROCIO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.49	F

Fecha de nacimiento
24 MAYO 1986

G.S
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
21 JUN 2005, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
22 SEPT 2033

.CO

0306403O4

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0306403O4815001<<<<<<<<<<
8605249F3309221COL1014185489<4
MOLINA<DUARTE<<DIANA<ROCIO<<<<

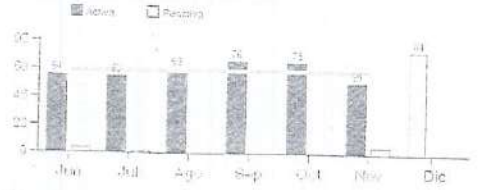
enel Bogotá

2798405-5

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. [illegible]

HERNANDO MENESES VANEGAS
KR 116 A NO 69 B 68
0
BOGOTA, D.C. - CENTRO ENGATIVA II

05 506 3940 / 18314785



VALOR kWh APLICADO: $809,09

CONSUMO DIARIO: 2,55 kWh

VALOR DIARIO: $1.233

PERÍODO FACTURADO: 01 NOV 2025 A 03 DIC 2025

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES: 84 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,02
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	2000505506940
RUTA LECTURA:	0505113012
MANZANA DE LECTURA:	1S80566717
MEDIDOR NO:	18314786
SUBCLASE:	Básica

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (# veces)

Medidor de alta eficiencia. Mejor para el bolsillo, mucho más ecológico, diseñado a base de materiales reciclados, de larga duración y durable.

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



CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes: enel.com.co/es/personas/preguntas-frecuentes.html

Chat de servicio en: enel.com.co/es/personas/enel-te-atiende

326 890 6003 (Elena Bot o Pasto Asesor)

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

601 514 0065 durycasa@enel.com

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



dale Nequi RED CABLE efecty

COMPONENTES TARIFARIOS - Componentes del costo: Mes móvil: NOV 2025

226,06 T; 253,30 D; 329,41 Cvi; 570,01 Pri; 253,82 R; 103,15 CF; 50,00 CC; 2.809,09 Costo kWh Mes

Resolución CREG 015 de 2018 - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIO. Expresa

Circular SUPERINTENDENCIA 2511 Comercialización de Energía Eléctrica Tomo 11, pág. 20 de 20. Carácter subordinado según Resolución No. 0347 de 25 de enero 2002. No Aplica la Carta. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 108 de 1997.

Copia del contenido de la presente factura al Cliente cuando con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y Código Interno de Actos de la fecha solicitada para dicha reclamo. Para mayor información comunicarse al: (601) 5 115 115, línea de Bogotá y Cundinamarca o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Dirección de esta: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Sujeto a intereses y consecuencias según Resolución No. 2551 de 30 de diciembre de 2021.

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

Esta factura es título ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 de 1994.

FECHA GENERACIÓN:

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

HC: 39	MICROCHIP: 900255003231806		FECHA: 20-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Aria.			COLOR: Blanco-grrs.
ESPECIE: CANINO___ FELINO Y SEXO: HEMBRA Y MACHO	RAZA Mestizo EDAD 1 A	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 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: Geraldine Molina Jugo		DIRECCION CL 87 No 87A31	TELEFONO 3219684823.
CEDULA: 1.110.560.257		CORREO ELECTRÓNICO: Jmlugo17@outlook.com	
BARRIO O VEREDA Los cerezos	ESTRATO: 0	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: 15-12-2025	ULT. DESPARASITACIÓN: 09-2025.	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosado.	

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,25 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,25 ml.	0,5mg/kg IV + 1mg/Kg IV.
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	025 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.10 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	Dra. Magda Adela Suárez Mora Medica Veterinaria Universidad de la salle T. P No. 32538	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:
Geraldine Molina	1.120.760.237

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:

CO

060078133

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL060078133629001<<<<<<<<<<
9506170F3504093COL1110560257<8
MOLINA<LUGO<<GERALDINE<<<<<<<<

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.110.560.257

Apellidos
MOLINA LUGO

Nombres
GERALDINE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.64

Sexo
F

Fecha de nacimiento
17 JUN 1995

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
IBAGUE (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
26 JUN 2013, IBAGUE

Fecha de expiración
09 ABR 2035

Firma

Geraldine Molina L.

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: **0627265-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 372641721-0

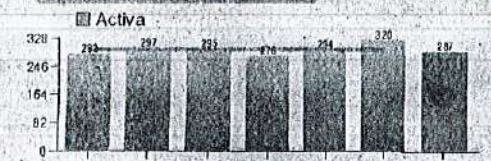
CLIENTE

MARCO A UMBA
CL 87 NO 87 A 31 PI 1
PISO 1
BOGOTA, D.C. - LOS CEREZOS

04 706 2795 / 3863861

¿Quieres tu factura Virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $818,83

CONSUMO DIARIO: 9,57 kWh

VALOR DIARIO: $9.400

PERIODO FACTURADO: 01 OCT/2025 A 30 OCT/2025 | DÍAS FACTURADOS: 30 | CONSUMO MES 287 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 294 kWh

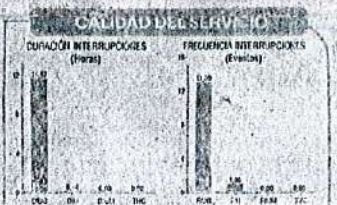
¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	0,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000704062795
RUTA LECTURA:	37047110802
MANZANA DE LECTURA:	MS00561661
MEDIDOR NO:	3863861
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



RECOMENDACIÓN ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes en el canal de atención personalizado más cercano

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

316 860 6003 (Llama Bot o pasa Asesor)

Enel Colombia | @EnelClientesCO

Regístrate aquí

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

PUNTOS DE ATENCIÓN AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 51 40055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGARÍA MI FACTURA?

Medios y Canales de Pago

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

Corresponsales Bancarios

CONFIAR | Efecty | Red Servi | Movired | Su Red | Baloto

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Olímpica | Alkosto

Billetera Virtual

daviplata | dale! | MOVII | Nequi | tpaga

Código QR

Si paga en un establecimiento diferente, exija el diligenciamiento del formulario. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.



Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en: www.enelxstore.com/co/es sección "Comparte mi energía"
Aporte sugerido: $28.200

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: SEP/2023
G: $284,58 T: $51,25 D: $305,10 CV: $77,00 PR: $99,90 R: $91,50 CF: $0,50 / $818,83 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BLA-11B6E1 | NIVEL DE TENSIÓN: 1 | PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.64 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 dentro 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 30 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 comuníquese 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 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: 06/11/2025 01:00:15
FECHA EXPEDICIÓN: 06/11/2025 14:44:14

CUDE: d29a81b63ed7567d8598a1a98e20026c011415c3bfa0b9e47a3af943c71129b051d9d5c13acaac62a2ba6e9f7e0ec2e5ee

Factura impresa por Cenegal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.068.812-6. Proveedor Tecnológico: Cenegal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SNC CEN Financiero - NIT 900.361.151-0

Total Cargos $282.010 + Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $282.010

PAGO OPORTUNO 18 NOV /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 20 NOV/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0627265-5

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 01 DIC /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de Lectura	×	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	30.053		29.766		287		1		287	287		$818,83		$235.005
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$305,19		$0
CONTRIBUCIÓN:	APORTE DEL 20,00 % DEL VALOR FACTURADO													$47.001
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $8.400 DIARIOS												SUBTOTAL:		$282.006

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $4

SUBTOTAL: $4

Consumos + Otros cobros asociados a Energía (1) TOTAL ENERGÍA: $282.010

Otros cobros de productos y servicios

enel x

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

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

¡ Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $113.764

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: $818,83

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 0627265-5

Documento Equivalente Electrónico No. 372841721-0

(415)7707209914253(8020)0106272655372641721O(3900)0000000282010

PAGO OPORTUNO 18 NOV /2025

TOTAL A PAGAR $282.010

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

HC: 40	MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231810		FECHA: 20-Dic-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mius			COLOR: Atigrado Gris	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 1A	PESO: 3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO X MIXTO OTRO____		

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Lucy Liliana Collazos Gomez	DIRECCION Cl 87 87A 31	TELEFONO 3142671960
CEDULA: 1084257571	CORREO ELECTRÓNICO: llgomez236@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Los Cerezos / ESTRATO: 0	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnico / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
118 l/m	22 r/m	38.1 °c	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	____ ml.	5-7mg/kg IV
		____ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,3 ml.	0,5mg/kg IV -- 1mg/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 preanestesia esterilización/castración, quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO__ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO: Angela Marcela Diaz	Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: Dra. Magda Adela Suárez Mora		FIRMA
TARJETA PROFESIONAL: T.P 240.32538	Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A.	

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:
Lady Liana Collazos Gomez	1084257571

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:

.CO

025920893

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL025920893619044<<<<<<<<<<
9401035F3307113COL1084257571<2
COLLAZOS<GOMEZ<<LUDY<LILIANA<<



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: 06272656

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No: 372441721[illegible]

CLIENTE

MARCO A UMBA
CL 87 NO 87 A 31 PI 1
PISO 1
BOGOTA, D.C. - LOS CEREZOS

04 706 2795 / 3863861

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA

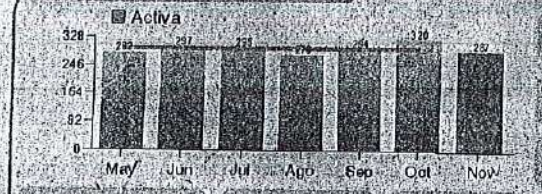
¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000
EN EFECTIVO

Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia
¡Abércate 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. Consulta más en www.creditofacilcodensa.com

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $818.83

CONSUMO DIARIO: 9,57 kWh

VALOR DIARIO: $9.400

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 294 kWh

PERÍODO FACTURADO: 01 OCT/2025 A 30 OCT/2025 | DÍAS FACTURADOS: 30 | CONSUMO MES: 282 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:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	0,98
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000704706279S
RUTA LECTURA:	37047110602
MANZANA DE LECTURA:	MS00581661
MEDIDOR NO:	3863861
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



Calidad en el Suministro: Grupo 11 | IC: 0,00 | IC Max: 0,00 | CUC: 0,00
Año 2025: 0 | 9,154 | 0 | 0,00
Año 2024: 0 | 34,0000 | 0 | 0,00
Para el cálculo aplica lo establecido CREG 016 de 2014 y 015 de 2018

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes en Línea de atención de servicios comerciales
Chat de servicio en línea con un asesor para temas comerciales
316 580 8003 Diana Bot o pasa Asesor
Red Comercio
Registro la queja
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 116	115 Gratuito las 24 horas	601 6140066 denuncias@enel.com

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

SEGURIDAD 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 Bancos, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Correo Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Efecty, Botón de Pago Bancolombia

Factura Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, teRevisa, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

Si cancela en un establecimiento diferente a los relacionados en esta factura, el establecimiento podría cobrarle un valor adicional.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo

Vigencia: SEP/2025

G: $29,58 T: $31,85 D: $305,19 CV: $17,00 PR: $26,00 R: $50,80 CPr: $0,00 / $816,83 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.enelxalore.com/co/es sección "Comparto mi energía"
Aporte sugerido: $28.200

GRUPO: 11 CIRCUITO: PL44-11601 RU - NIVEL DE TENSIÓN: 1 NO OPERADO: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por pol. Sobre sobretensión según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. NA Región Caribe. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 017 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, línea 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 Resolución No 0061 de 19 de diciembre de 2008.

Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá interponerse ante la Empresa dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de suspensión del servicio.

Esta factura se cobra previa medición efectiva de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG 5811 cons. Por www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, le cual modificó el Código de Medida, se estableciendo los siguientes derechos y deberes aplicables a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P., 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 115115, línea de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP prestó el servicio de energía eléctrica a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Comercial), 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 diríjanos a los canales de atención dispuestos por cada Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 06/11/2025 01:00:15
FECHA EXPEDICIÓN: 06/11/2025 14:44:14

CUDE: d29a61bc0ed7567e85881a9ec0029201e415c3bfa7b3e47e3ef940b7112b5b51a95a13ef1a62d0da2b7e0c2c3e5ee

Provisión Tecnológica, Canal Tecnológico y Servicio: CNS S.C. - Nombre del SW: DEN Financiero - NIT 800.241.181-0

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.048.956-6

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

HC: 41	MICROCHIP: SI 900255003231809		FECHA: 20-Dic-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna Carranza			COLOR: Amarillo - Blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO_X SEXO: HEMBRA_X_MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 7 M	PESO: 2.7 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__NO__
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO X COMPRADO_____ADOPTADO_____REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nancy Estella Correa Jimenez	DIRECCION Kr 80 68B 04	TELEFONO 3158276680
CEDULA: 52172805	CORREO ELECTRÓNICO: correajimeznancystella@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Santa Helenita	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA_X_APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: Nov 2025	ULT. DESPARASITACIÓN: NR	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: Junio 12025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

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: 28 r/m	TEMPERATURA: 38,1 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosado.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,27 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,27 ml.	0,5mg/kg IV — 1mg/kg EV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,27 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(es) manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO__, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO Angela Marcela Díaz	Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO Dra. Magda Rocío Suárez Mora	Médica Veterinaria Universidad de la Salle T. P. No. 32538	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:
	1 52 · 17 2 · 805

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
52172805
NUMERO

CORREA JIMENEZ
APELLIDOS

NANCY ESTELLA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-NOV-1972
ITUANGO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-SEP-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500102-42100892-F-0052172805-20020214 01989 02045A 01 113509222

Bogotá

2623549-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 3713922356

RITA TORRES
KR 80 NO 66 B 04 PI 3
SANTA HELENITA
BOGOTA, D.C. - SANTA HELENITA

16 504 3673 - 1026272

Activa

VALOR kWh APLICADO	$816,60
CONSUMO DIARIO	2,13 kWh
VALOR DIARIO	$1.465

PERIODO FACTURADO: 03 SEP/2025 A 02 OCT/2025 — DIAS FACTURADOS: 30 — CONSUMO MES: 64 kWh

Realiza tus trámites de forma fácil y segura

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000516043673
RUTA LECTURA:	0515576O0569
MANZANA DE LECTURA:	MS005690330
MEDIDOR NO:	1026272
SUBCLASE:	Basico

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

COMPONENTES TARIFARIOS: Componentes del costo: Vigencia: SEP 2025
G $294,33 Y, $81,00 D $366,19 C/U $77,00 PR $50,93 R $0,00 CF $0,00 $816,60 Costo kWh Hab

FECHA GENERACION
24/10/2025 00:51:22
FECHA EXPEDICION
24/10/2025 11:59:18

CUDE: be92da212214d0b85eab92b08e5b610bd4a8009e6b6a3316ca1fa8d1795b62bd6fc179f5d1338f0b5b5c7106fc1ad4e57

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

HC: 42	MICRO: 900255003231468		FECHA: 20-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Jady			COLOR: Cafe-amarillo	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	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____COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO X PERRO DE CUADRA____OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Katiana Kanna Kaipa Jaraba	DIRECCION CL 67 No 80 A21		TELEFONO 3203746982
CEDULA: 1.082.861.812	CORREO ELECTRÓNICO: KatiKaipa9@gmail.com.		
BARRIO O VEREDA Santa Helenita	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.R.	ULT. DESPARASITACIÓN: 10-2025.	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: 140 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosada.	

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
		____ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,3 ml.	0,5mg/kg IV - 1mg/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 ACEPTACIÓN X RECHAZO__ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA

Angela Maracela Díaz
Médica Veterinaria
Universidad U.D.C.A.
M.P. 45036

Dra. Magda Adela Suárez Parra
Médica Veterinaria
Universidad de la Salle
T. P No.32538

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:
Katiam Tapia	1082861812

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.082.861.812
Apellidos
KAIPA JARABA
Nombres
KATIANA KARINA
Nacionalidad
COL
Estatura
1.58
Sexo
F
Fecha de nacimiento
11 MAYO 1987
G.S.
AB+
Lugar de nacimiento
SANTA MARTA (MAGDALENA)
Fecha y lugar de expedición
11 JUL 2005, SANTA MARTA
Firma
Fecha de vencimiento
28 SEPT 2032


00431395 9
REGISTRADOR NACIONAL
ICCOL00431395982 1001<<<<<<<<<<
8705116F3209284COL1082861812<7
KAIPA<JARABA<<KATIANA<KARINA<<

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

WILFRED SERRANO
CL 67 80A 21 - SANTA HELENITA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077103-323942

Lote: P10GN Ruta: 001136001021000S000 Código del Sector: 195

Cuenta o referencia de pago **61636553**

vanti

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

vanti



Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.

Cupo hasta de

en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.

Extracupo hasta de

exclusivo para motos.

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7a.m. a 8 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

195
001136001021009S000
P10GN
35493
C1

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago 61636553

BOGOTA

Fechas importantes

1 Pago oportuno 01 Dic. 2025

2 Fecha de suspensión 02 Dic. 2025

3 Periodo facturado Oct. - Nov. 2025

4 Emisión de tu factura 18 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS				
FIJO	15M3	2.741,69	0,00	41.125,35
AJUSTE DECENA	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
	1UN	4,65	0,00	4,65

1 – Total $45.310,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

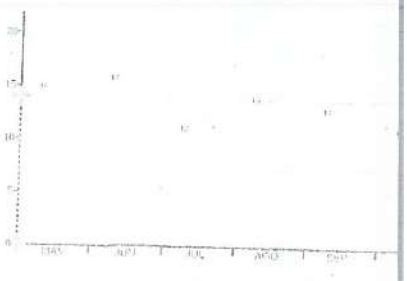
3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $45.310,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Días de c

Fecha	Lectura	
13 Oct. 2025	2361	R
14 Nov. 2025	2380	R

m³ consumo = 2380 - 2361 * Factor de corrección

Tu próxima lectura será Entre 09 Dicie

Novedades de tu factura

Después de tu fecha de pago oportuno, se intereses de mora y se suspenderá el servicio. V reconexión $73.000

(415)7709990826025(8020)61636553(3900)

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

HC: 43	MICROCHIP: SI 900255003231820		FECHA: 20-12-25
ORIGEN: CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LULU			COLOR: Pardo
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA MESTIZO	EDAD 7M	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____MIXTO X OTRO____

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO____COMPRADO____ADOPTADO X REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angie Fernanda Casas Bello	DIRECCION Cl 63 g N° 119B 59	TELEFONO 3005708726
CEDULA: 1007327291	CORREO ELECTRÓNICO: angie.casas.bello@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Sabanas del Dorado / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Profesional / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/R	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa 07/1/25	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: 5c81 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: 140 l/m	F. RESPIRATORIA: 20. r/m	TEMPERATURA: 38.1 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,3 ml.	0,5mg/kg IV — 1mg/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	Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036 — FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Mayde [illegible] Mv Universidad [illegible] T P No. 32538 — FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Angie Casas Bello	1007327295

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 1.007.327.291
CASAS BELLO

APELLIDOS
ANGIE FERNANDA

NOMBRES
Angie Casas
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-NOV-2001
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

02-DIC-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01118939-F-1007327291-20191211 0069265433A 2 8500091689

Bogotá

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

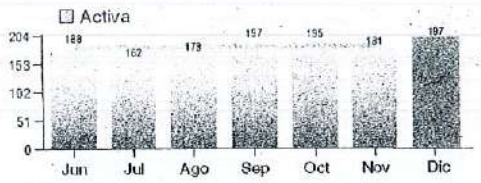
Para pagos y consultas tenga a mano su número de cliente No.

1577987-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 376305171-1

BENIGNO CASAS CASAS
CL 63 G NO 119 B 59
BOGOTA, D.C. - SABANA DEL DORADO

05 501 3992 / 1010877



VALOR kWh APLICADO $800,09

CONSUMO DIARIO: 5,97 kWh

VALOR DIARIO: $3.533

PERÍODO FACTURADO: 01 NOV/2025 A 03 DIC/2025
DÍAS FACTURADOS: 33
CONSUMO MES 197 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:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005055013992
RUTA LECTURA:	35055070434
MANZANA DE LECTURA:	MS00565705
MEDIDOR NO:	1010877
SUBCLASE:	Básica



CO: 7249781 GRUPO: 11 NC: 0,00 VC: 0,00 CC: 0,00
PERIODO: 2076,10 DI: 276,35 CT: 195,09000 NC: 0,00 MF: 1,00 %C: 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.

CANALES DE ATENCIÓN

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
315 890 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate aquí
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Gratuito las 24 horas.
601 5140055 denuncias@enel.com
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

PUNTOS DE PAGO

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

Billeteras Virtuales: dale, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: Red Daviplata, Cambios y Servicios, Otros Puntos

CONEL, efecty, Reval, RED CADE, Almacenes de Cadena, DUTRECO



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2025
G: $286,96 T: $53,30 D: $294,84 CV: $78,01 PR: $56,82 R: $28,15 CF: $0,00 / $800,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: FR18-7248TR1 - - 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 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 9001 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 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 diríjase a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 09/12/2025 01:02:41
FECHA EXPEDICIÓN: 09/12/2025 15:35:15

CUDE: f6aa8d08bac873b4...2aa0131e9...2546031b1719e09265ead6105243866f48c5e3f3c2a0d822b2b6a0bdf33ac75595e955

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENPlanilem - NIT 830.921.151-0
Factura Generada por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.050.812-8

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

HC	MICR	FECHA
44	900255003231099	20-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:
Abby	Pardo

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 14m	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 X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO X MIXTO OTRO_____

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Maria Gabriela Paez Amaya	CL 72. No 78-76	3112593586

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1.091.972.319	mariagabrielapaezamaya17@gmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
Tabora	0	

ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
12-05-2025	N.R.	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: FELINOS: TRIPLE FELINA: 18.11.2025 LEUCEMIA: RABIA: 19.07.2025.

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:
140 l/m	20 r/m	38. °c	2 seg	Rosada.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,3 ml.	0,5mg/kg IV — 1mg/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	FIRMA
Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Dra. Magda Adela Suárez Moreno Medica Veterinaria Universidad de la Salle T. P No.32538	

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:
Maria Gabriela	1091972319

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 CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.091.972.319



Apellidos
PAEZ AMAYA

Nombres
MARIA GABRIELA

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.70
Sexo: F

Fecha de nacimiento: 07 JUN 2007
G.S.: O-

Lugar de nacimiento
CUCUTA (NORTE DE SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición
09 JUN 2025, BOGOTA D.C

Firma
María Gabriela

Fecha de vencimiento
09 JUN 2035

.CO

063134580

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL063134580015001<<<<<<<<<<<
0706070F3506097COL1091972319<5
PAEZ<AMAYA<<MARIA<GABRIELA<<<<

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. ESP
NIT. 830.063.070-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

8074982-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 375200300-4

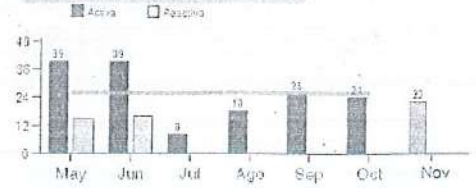
VICTOR CRUZ
CL 72 NO 79 - 76 AP201

BOGOTA, D.C. - 005809

19 507 5013 / 36361

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO
$520,96

CONSUMO DIARIO:
0,72 kWh

VALOR DIARIO:
$708

PERÍODO FACTURADO: 24 OCT/2025 A 24 NOV/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

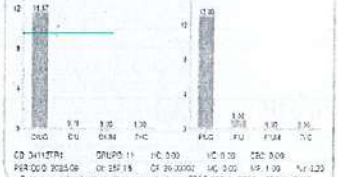
CONSUMO MES 23 kWh

Tu consumo actual varió. No fue promediado por tener menos de 12 meses de historial. Contáctanos.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	300051950750I3
RUTA LECTURA:	35195160683
MANZANA DE LECTURA:	MS00360915
MEDIDOR NO:	36361
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 341577PR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 HC: 0,00 CEC: 0,00
PER: 0,00 20250 CF: 257,15 CF: 20,0000 HC: 0,00 HC: 1,00 %F: 0,00

Para mayor detalle consulte las resoluciones CREG 015 de 2018 y 009 de 2019

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

CONFECOOP · efácil · Reval · MOVIRED

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel Colombia Chec, Electrohuila y Afines

Código QR

Almacenes de Cadena

Olímpica · Metro

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

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

G: $295,46 T: $52,97 D: $207,93 CV: $75,05 PR: $60,56 R: $26,50 CF: $0,00 / $320,93 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: PR11-24112PR1 - NIVEL DE TENSIÓN: 2 FACTOR DE CALIDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por Int. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 28 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de dicho 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 9001 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 155/11 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 acuerdos, 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.

CUDE: e805eb5c3b8cfb6fac3178149ef22e2f72e3befff94c19900102405980cddf691d3f1b94e4d2381101a57d2ef4f6fed57cb728

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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
318 890 6003 (Diana Bot o pase 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

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: $2.265

FECHA GENERACIÓN: 27/11/2025 03:20:38
FECHA EXPEDICIÓN: 27/11/2025 23:10:09

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.086.842-8. Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Resolución DIAN 320001151 0

N. OS: 9617950025 DV: 356014
Cliente: 113324 ENEL CODENSA INTEGRACION
Fecha: 01/12/2025 18:47:44
PAP: 914252
CODBARRA: 0180749828375286300 4
REFERENCIA: 2115260750
TIPODEUDA: DV
NUMERODOCUMENTO: 375286300 4
MONTODEUDA: 22660
DESCRIPCION_RETORNO:NOTIFICACION EXITOSA
Referencia: 2115260750 Valor: $22.660,00

PROYECTO: 113324 SUBPS:
914252 SUBCAJERO: DILUAPCA
Para reclamaciones presente este

$22.660

SUBTOTAL $22.660

$0

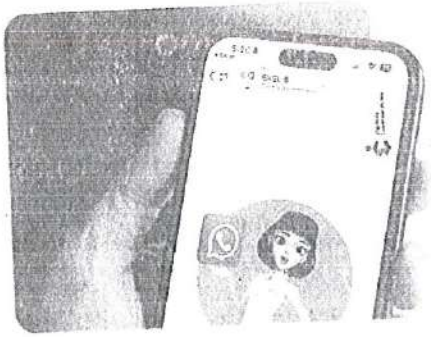
Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

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
8074982-8

Documento Equivalente Electrónico No.
375286300-4

(415)7707209914253(8020)0180749828375286300 4(3900)0000000022660

PAGO OPORTUNO
09 DIC /2025

TOTAL A PAGAR
$22.660

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

HC	MICROCHIP: SI 900255003231801	FECHA:
45		20-12-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Yoshi		Cálicco

ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 1M	PESO: 7.8 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO 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
Maria Fernanda Maltes Ramirez	Kr 84A 71-14	3012278939

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1192750335	mfmr8@hotmail.com.

BARRIO O VEREDA Santa Helenita	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: N/R	ULT. DESPARASITACIÓN: N/R	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: 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: 140 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 38.1 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosado.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,2 ml.	0,5mg/kg IV ~ 1mg/Kg IV.
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	02 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	Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Magda [illegible] Medica Veterinaria Universidad de [illegible] T P No.32538	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:
	1192750335

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 **1.192.750.335**

MALTES RAMIREZ

APELLIDOS

MARIA FERNANDA

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-ABR-2003**

ESPINAL
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

02-JUN-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01276287-F-1192750335-20220117 **0077**844583A 2 9918114202,

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil tenerla.

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban, itaú*, Bancolombia, BBVA*, Scotiabank Colpatria*, Banco Av Villas*, Banco GNB Sudameris*, Bancolombia*, Banco Falabella, Banco Pichincha*, Banco Caja Social*, Nequi, Davivienda*, Daviplata, Rappi Pay, dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

Con la presentación de esta factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.
recurso de reposición ante lo emitido y optar 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

¡Hola!

WILLIAN GONZALEZ
KR 84A 71 14 00302 - SANTA HELENITA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007114-1007463

Lote: P10GN **Ruta:** 0011380033955005300 **Código del Sector:** 195

Cuenta o referencia de pago **62972270**

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti Listo



Sin trámites
Sin papeleo
Sin experiencia crediticia

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

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

Éxito, Carulla, Alkosto, K-tronix, Homecenter

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP., Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP., Gas Natural del Oriente S.A. ESP. y Gasbarr S.A. ESP. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación de bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de la política de financiación, consúltelas 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.

195 0011380033955005300 P10GN 38531 C1

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago **62972270**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. **Pago oportuno** 01 Dic. 2025
2. **Fecha de suspensión** 02 Dic. 2025
3. **Periodo facturado** Oct. - Nov. 2025
4. **Emisión de tu factura** 18 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	26M3	2.741,69	0,00	71.283,94
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	-3,94	0,00	-3,94

1 – Total **$75.460,00**

Tus financiaciones

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

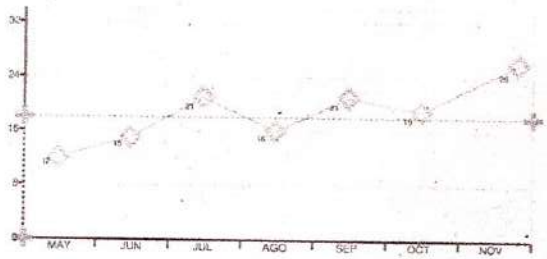
2 – Total **$0,00**

3 – Valor facturas vencidas **$-4.880,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$70.580,0**

Pago por

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
13 Oct. 2025	2439	REAL
15 Nov. 2025	2473	REAL

m^3 corregido= 2473 - 2439 * Factor de corrección = 26

Tu próxima lectura será Entre 09 y el 14 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 Ago. 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 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: 1436.91 Tm: 632.88 Dm: 599.2 Cm: 2741.69
Pr: 70.7 Cvm: 0.0 Cvfm: 4180.0 Cuvm: 2741.69
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjm³ Tu consumo en m^3 de gas equivale: 307 kWh y el precio unitario del kWh es: $245.811

Factor de corrección

Vm: 34 Kz: 0.76825 Kt: 1.00631 Pz: 0.7731
Vc: 26 Tm: 13.75 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.023 Fpvc: 1.0

Factor de corrección: 0.7731

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPIT: 100.0



Factura No. F15869585013

Sellos gravados contribuyentes Resolución 000260 Diciembre 27/2004 Retenedor de IVA Autorretenedores Resolución No. 4959 del 17 Jul 1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764016767 del 31/03/2025 Facturación electrónica desde N° 53000001 Hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Factura vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios Vigilado 1100100 6. VANTI S.A. E.S.P. NIT 800.007.813-5 Régimen Hacia Delante Y Dockt S.A.S. Establecimiento prestador excluido 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: 46	MICROCHIP: 900255003231470		FECHA: 20-Dic-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Maki			COLOR: Gris	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 6 M	PESO: 3.4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO____ MIXTO X OTRO____	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Paula Martinez Ramirez	DIRECCION Cr 69D 66 57	TELEFONO 3183897861
CEDULA: 1072711796	CORREO ELECTRÓNICO: mary.paula.martinez@gmail.com	
BARRIO O VEREDA La Estrada / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Universitario	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: NR	ULT. DESPARASITACIÓN: 20-Nov-25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:	RABIA:
		FELINOS: 20-Nov-25 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: 140 l/m	F. RESPIRATORIA: 25 r/m	TEMPERATURA: 38,1 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,35 ml.	0,5mg/kg IV - 1mg/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	Dra. Magda Adela Suárez Mora Medica Veterinaria Universidad de la Salle T. P No.32538 — 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:
Paula M.	1072711196

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 1.072.711.196
MARTINEZ RAMIREZ

APELLIDOS
MARIA PAULA

NOMBRES

Paula M

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-JUL-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

29-AGO-2014 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNAN PENAGOS GIRALDO

A-1500150-01516278-F-1072711196-20250716 01463 67150A 1 8515938517

7703291-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 374499715-0

DIANA CAROLINA MONTAO RINCON
KR 69 D NO 66 57 PI 3
KR 69 D NO 66 57 PISO 3
BOGOTA, D.C. - LA ESTRADA

15 505 4921 / 21503447



Activo



VALOR kWh APLICADO: $520.06

CONSUMO DIARIO: 0,84 kWh

VALOR DIARIO: $559

PERIODO FACTURADO: 18 OCT 2025 A 16 NOV 2025

DIAS FACTURADOS: 22

CONSUMO MES: 27 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3700515550934921
RUTA LECTURA:	05155100004
MANZANA DE LECTURA:	MS0155B0023
MEDIDOR No:	21503447
SUBCLASE:	Estrato

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes: enel.co/tramites-y-servicios-adicionales
Chat de asistencia: enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
315 800 5000 (Elena Sirí o para Apagón)
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Enel Colombia @EnelServiciosCO
Bogotá, Sabana y Cundinamarca: 601 5 115 115
115 Gratuito las 24 horas
601 514 0065 (atencionalcliente@enel.com)
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com



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

FECHA GENERACIÓN: 21/11/2025 00:54:57
FECHA EXPEDICIÓN: 21/11/2025 14:56:14

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

HC: 47	MICROCHIP: SI 900255003231819	FECHA: 20-7225

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: tira mendez			COLOR: marron - Beige	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA siames	EDAD 7M	PESO: 2.2 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO__ CONCENTRADO__ MIXTO X OTRO__		

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Doris Jeannette Mendez Tarazona	DIRECCION Cl 68 A BO A 44	TELEFONO 3161987707
CEDULA: 57.788.592	CORREO ELECTRÓNICO: 3161987709 @ sincorreo.com.	
BARRIO O VEREDA Santa Helenita	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachillerato	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: N/R	ULT. DESPARASITACIÓN: OCT/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: 135 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38. ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosado.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,25 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,2 ml.	0,5mg/kg IV -1mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	02 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	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Magda Adela Suárez Mora Medica Veterinaria Universidad de la Salle T.P No.32538	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
[signature]	51 788.192 Btá

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
51.788.592
NUMERO

MENDEZ TARAZONA
APELLIDOS

DORIS JEANNETTE
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-JUL-1965
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | O- G.S. RH | F SEXO

20-OCT-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500110-45135281-F-0051788592-20050919 0250005259O 02 158097914

125420

enel | Bogotá

earth pact 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: **0563795-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 375048892-0

125420

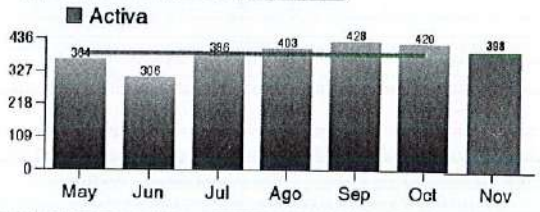
CLIENTE

SEGUNDO MENDEZ G
CL 68 A NO 80 A 44
BOGOTA, D.C. - SANTA HELENITA

18 503 3112 / 653412



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $820,96

CONSUMO DIARIO: 13,27 kWh

VALOR DIARIO: $10.358

PERIÓDO FACTURADO: 23 OCT/2025 A 21 NOV/2025

DIÁS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 398 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 385 kWh

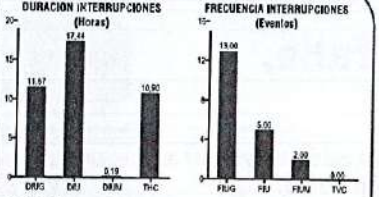
¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	7,21
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005185033112
RUTA LECTURA:	35185060405
MANZANA DE LECTURA:	MS00560845
MEDIDOR NO:	653412
SUBCLASE:	Básica

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 3706STR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,12
PERIODO: 2025/09 DI: 257,15 CF: 428,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 *SE: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

CONTÁCTANOS

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

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 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 · efecti · Reval · Todo Uno · Bancolombia · Servientrega · 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.

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

GRUPO: 11 CIRCUITO: FR27-3706STR1- - 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 comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.
Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución 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.



FECHA GENERACIÓN: 26/11/2025 00:35:11
FECHA EXPEDICIÓN: 26/11/2025 15:21:11

CUDE: de1352b1fa8322b9e62e6f9081530286618684e6d78238ca45c534c5821f358a5b90de44fadod934c9223899acf4904

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.086.812-8.
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$310.730		$0		$310.730	05 DIC /2025	10 DIC/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0563795-9

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 22 DIC /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	98.672		98.274		398		1		398	398		$820,96		$326.742
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$307,93		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $820,9603		X		Beneficio -15.00 %					-$16.009
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $10.358 DIARIOS												SUBTOTAL:		$310.733

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-3
SUBTOTAL:	$-3

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA: $310.730

Otros cobros de productos y servicios

enel X

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

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

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

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

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -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
0563795-9

Documento Equivalente Electrónico No.
375048892-0

(415)7707209914253(8020)010563795937504889 20(3900)00000000310730

PAGO OPORTUNO
05 DIC /2025

TOTAL A PAGAR
$310.730

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

HC: 48	MICROCHIP: SI — Expiry-Date:2030/09/02 — 900255003231478		FECHA: 20-12-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pola Pimienta			COLOR: Gris / Blanco	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA MESTIZO	EDAD 20 M	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: María Liliana Rodriguez Fajardo	DIRECCION: Kr 77 BIS 64 B 20	TELEFONO: 3502750750
CEDULA: 52 937627	CORREO ELECTRÓNICO: mlrodriguez0737@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: El Encanto	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Tecnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
OCT/25	Sep/25	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: 18 feb/25 LEUCEMIA: RABIA: 18 feb/25

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI____ NO____ X — SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
140 l/m	22 r/m	38 ºc	2 seg	Rosado.

OBSERVACIONES: Ninguna

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,4 ml.	0,5mg/kg IV - 1mg/1Kg 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	Dra. Magda Adela Suárez Mora Medica Veterinaria Universidad de la Salle T P No. 32538	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:
LILIANA RODRIGUEZ.	52937627.

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 **52.937.627**
RODRIGUEZ FAJARDO
APELLIDOS
MARIA LILIANA
NOMBRES

LILIANA RODRIGUEZ
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **31-JUL-1985**
IZA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-SEP-2003 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00423369-F-0052937627-20130130 0032294588A 1 1072197361

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 (Número de Cliente Ene)

0502663-9

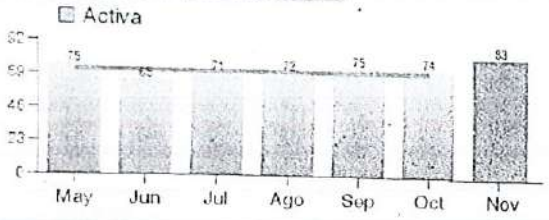
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 374998626-5

OR LUIS C SARMIENTO
KR 77 BIS NO 64 B 20
BOGOTA, D.C. - EL ENCANTO

18 506 0146 / 259362

¿Quieres tu factura virtual? Escríbenos al ...@...89

COMPORTAMIENTO DE CONSUMO



VALOR kWh APLICADO
$820,96*

CONSUMO DIARIO:
2,77 kWh

VALOR DIARIO:
$1.931

PERÍODO FACTURADO: 23 OCT/2025 A 21 NOV/2025
DÍAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES 83 kWh
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 78 kWh

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



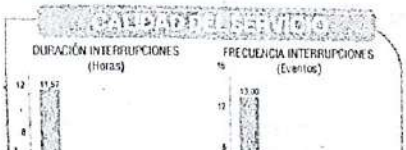
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	7,42
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005185060146
RUTA LECTURA:	35185180526
MANZANA DE LECTURA:	MS00560541
MEDIDOR NO:	259362
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: 371157A1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,02
PERIODO: 2005.09 Dt: 257,15 Cf: 75,000000 IMC: 0,00 IMT: 1,00 %t: 0,20

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

CONTÁCTANOS

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

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

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

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Metro

Código QR

Si pagas en una entidad financiera diferente a Bancolombia, puede demorar hasta dos días hábiles para que se refleje en tu factura. Si pagas en otro canal, puede demorar hasta 5 días hábiles.

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



GRUPO: 11 CIRCUITO: FR27-37115TR1 - NIVEL DE TENSION 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ind. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002 IVA Regimen Comun CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999

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

FECHA GENERACIÓN: 26/11/2025 00:34:52
FECHA EXPEDICIÓN: 26/11/2025 15:50:20

CUDE: 51bebba75dbd1e723746be8266e15cc12334e95684dc165aab52d4ad8d2f853968e2d47a37d5ecb2dbe0def99e350

Factura emitida por Canales Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-8 Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC Nombre del SW: CLNFacturero NIT 890 321 151-0

Powered by CamScanner

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

HC: 49	MICROCHIP: 900255003219629		FECHA: 20-Dic-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Cloe			COLOR: Beige Blanco
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 9M	PESO: 3.2 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO____COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO X PERRO DE CUADRA____OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Isabel Lombana Barrios	DIRECCION Kr 91 90B 09	TELEFONO 3025691991
CEDULA: 28656646	CORREO ELECTRÓNICO: santanahastamoviscra@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Luis Carlos Galan / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: Dic/2025	ULT. DESPARASITACIÓN: 5/Dic/2025	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:	
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: 05/Dic/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: 135 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38.5 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas	

OBSERVACIONES: Ninguna

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,3 ml.	0,5mg/kg IV ~ 1mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	03 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 prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9745	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Magda Adela Suárez Mora Medica Veterinaria Universidad de la Salle T. P No.32538	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:
Isabel Tombana	28656646

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:

Folio # 8

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.656.646
LOMBANA BARRIOS
APELLIDOS
ISABEL
NOMBRES

Isabel Lombana Barrios
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-JUL-1960
CUNDAY
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

27-JUL-1979 CUNDAY
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00170299-F-0028656646-20090818 0015051240A 1 1290108499

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 su número de cliente es: **1698563-4**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 369004137-4

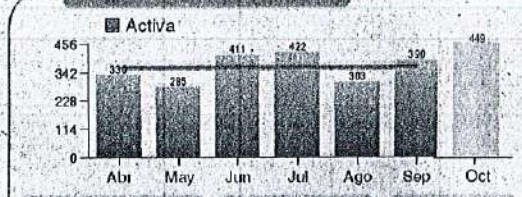
CLIENTE

EDISON NEMOCON
KR 91 NO 90 B 09 AP 201
APTO 201
BOGOTA, D.C. - LUA.S CARLOS GALA.N

04 709 2188 / 19024063

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $798,17

CONSUMO DIARIO: 14,03 kWh

VALOR DIARIO: $9.911

PERÍODO FACTURADO: 30 AGO/2025 A 30 SEP/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 449 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 357 kWh

Este mes tuvimos en cuenta la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y el **CONSUMO** promedio para tu facturación. Encuentra las posibles causas y tips de consumo en www.enel.com.co

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 guion.



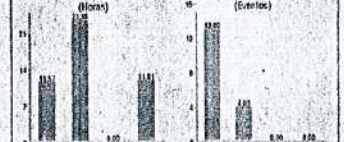
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007047092188
RUTA LECTURA:	37047040597
MANZANA DE LECTURA:	MS00566176
MEDIDOR NO:	19024063
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: 1173581 GRUPO: 11 NC: 0.00 VC: 0.70 CEC: 0.00
PERIODO: 2025-08 DI: 258,44 DI: 309,00000 UC: 0.01 MF: 1.00 %t: 0,00

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

CONTÁCTANOS

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

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

316 890 8003 (Elena Bot o pasa Asesor)

Enel Colombia @EnelClientesCO

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de pago PSE en Zona Privada enel.com.co · Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual

dale! · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONTEXT · efecty · Reval · MOVIRED · puntored · Su efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Jumbo · Alkosto

Código QR

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



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: AGO/2025
G: $273,42 T: $56,93 D: $290,01 CV: $75,19 PR: $56,45 R: $45,16 CF: $0,00 / $798,17 Costo kWh Mes

GRUPO:11 CIRCUITO: 3815117351RE-- NIVEL DE TENSIÓN: 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 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 906 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: 04/10/2025 01:23:50
FECHA EXPEDICIÓN: 04/10/2025 16:14:58

CUDE: bb837cb794e577c9786d2f7a8a9990810641fb0306c36c65e20677e0486a883aa9249e0095339b0199cc9981320d94b8a886

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.094.813-8. Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

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

HC	50	900255003219636	NO	FECHA: 20-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Juana	COLOR:	Blanco Pardo

ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 2 A	PESO: 2.8 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO X MIXTO OTRO____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO X PERRO DE CUADRA____OTRO_____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Marisel Cruz Reyes.	DIRECCION Kra 120A No 69-35.	TELEFONO 3242804908
CEDULA: 53.037.105.	CORREO ELECTRÓNICO: Valerey2304@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA La Faena	ESTRATO: 2	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 11-2025	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: 140 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38,5 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosado.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,3 ml.	0,5mg/kg IV - 1mg/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	Dra. Magda Adela Suárez Medica Veterinaria Universidad de la Salle T. P No. 32538	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:
	53037105

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 DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 53.037.105
CRUZ REYES

APELLIDOS
MARISEL

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-OCT-1982
ACACIAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

22-ENE-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01327323-F-0053037105-20221104 0088871168A 1 8505419440

NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

aseo

Período facturado Aseo
SEP/01/2025 - OCT/31/2025
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
0.0635	0.0380

Histórico de vigencias cobradas

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

La tarifa incluye subsidio o aporte*

10963820
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

44113443517
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 801144843-9

Datos del usuario

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

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
72.639,46	33.653,12	154.680,98

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$146.005	Interés mora	$35
Subsidio	$58.402-	Ajuste a la decena -debito-	$2

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$87.640
Aporte (+)	00%	Total ingresos del período	$87.640
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el período 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, hidrantes o centros de medición por parte de personal ajeno a la empresa.
- Cualquier otra actividad irregular que observes en la red de acueducto y alcantarillado.

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

ESTÁS INSCRITO EN **FACTURA VIRTUAL**

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE **BOGOTÁ**

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: C2 RUTA: C22098 BIMESTRAL

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1
Responsabilidades fiscales del emisor: Gran contribuyente; Autorretenedor

NA6
Natasha Avendaño García
Representante Legal

10963820
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

44113443517
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
LUIS CUENCA

Dirección del predio
KR 120A 69 35

Barrio: LA FAENA **Localidad:** ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Multiusuario
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 2
Unidades No Habitacionales: 2

Datos de tu medidor

Marca G2 MISURATORI **Tipo** VELO015R200
Serie 23-628267 **Diámetro pulgadas** ½

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

Pago oportuno NOV/14/2025

Suspensión NOV/20/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ENE/10/2026	OCT/29/2025 05:55:44	OCT/29/2025 09:50:06

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.

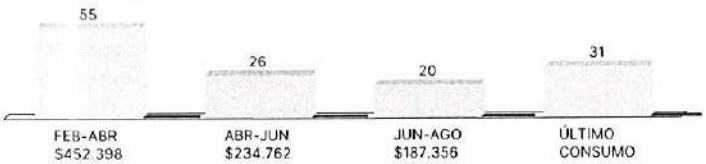
En este período **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

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.

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 34m³



En este periodo consumiste más agua que en el anterior

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

En este período 31.000

Promedio al día 525

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	256	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	225	Base promedio	
Tu consumo este período	31	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	G2 MISURATORI	Tipo	VELO015R200
Serie	23-628267	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 $141.254,62 (A) + **Alcantarillado** $139.115,78 (B) + **Otros cobros** $30.349 (C D E F) + **Aseo** $87.640 (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** $398.361

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): f43007cf6b94cfae680b7b266114a83700587a5f3699c184122bb935fd24217cd01b0aeb94d3609bb08224ca7d5f3a9c

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

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio(-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	1,00	$9.701,96	-40	$3.881-	$5.821,17	$5.820,96
Consumo residencial básico (m³)	15,50	$3.713,70	-40	$23.025-	$2.228,22	$34.537,35
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)	1,00	$9.701,96	50	$4.851	$14.552,94	$14.552,96
Consumo no residencial (m³)	15,50	$3.713,70	50	$28.781	$5.570,54	$86.343,35
Subtotal				$6.726		$141.254,62

B Alcantarillado

	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio(-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	1,00	$4.611,53	-40	$1.845-	$2.766,92	$2.766,53
Consumo residencial básico (m³)	15,50	$3.976,41	-40	$24.654-	$2.385,84	$36.980,36
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)	1,00	$4.611,53	50	$2.306	$6.917,31	$6.917,53
Consumo no residencial (m³)	15,50	$3.976,41	50	$30.817	$5.964,62	$92.451,36
Subtotal				$6.624		$139.115,78

*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 ($/m³)		
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)		
Total por consumo facturado	$945	$3.271

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

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$2-
D-ben. min. vital total	$26.739-
Intereses financiación	$6.454
I-intereses de mora	$390
Subtotal	19.897-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Acuerdo Pago	13/18		0	50.246	$323.164
Subtotal	50.246				

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

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

Aseo
Valor a pagar
$87.640

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si paga con cheque, gire dos cheques **únicamente de gerencia** a nombre de la EAAB-ESP NIT 899.999.094-1 y endose cada uno con el número de cuenta contrato, indicando cuál corresponde al valor de acueducto y cuál al valor de aseo.

(415)7707200483996(8020)441134435176(3900)000000087640

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$310.721

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).**

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

HC	MICROCHIP: SI 900255003231495	FECHA:
51		20-12-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Cocacola		Negro

ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA	EDAD	PESO:	MANEJO ESPECIAL:
		Mestizo	1A	3.7 KG	SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____ CONCENTRADO ____ MIXTO X OTRO _____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____ COMPRADO_____ ADOPTADO ____ REGALADO X PERRO DE CUADRA_____ OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Allan David Barranco Fuentes	Kr 106 N° 70f 03	3122129586

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1023365974	allanbarrancofuentes@gmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
Villa Amalia	3	

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
D1/25	Nov/25	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: 13 Oct/25 TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: 13 Oct /25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
132 l/m	20 r/m	38.1 °c	2 seg	Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,3 ml.	0,5mg/kg IV - 1mg/Kg
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 prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Magda Adela Suárez Mora Medica Veterinaria Universidad de la Salle T P No. 32538	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:
Alan Barranco	1023365914

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 1.023.365.914
BARRANCO FUENTES

APELLIDOS
ALLAN DAVID

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-AGO-2004
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO

29-AGO-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01327346-M-1023365914-20221104 0088904144A 1 8505513776

92797

enel Bogotá

earth pact 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: **0978519-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 375928106-9

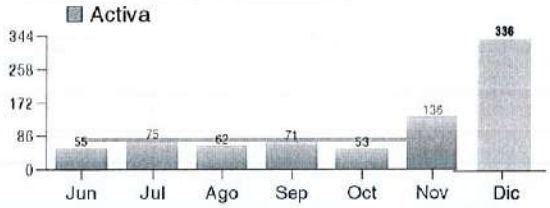
92797

CLIENTE

CLAUDIA SAZA BARACETA
KR 106 NO 70 F 03
BOGOTA, D.C. - VILLA AMALIA

03 511 8225 / 4185414

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $820,96

CONSUMO DIARIO: 10,18 kWh

VALOR DIARIO: $7.874

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 75 kWh

PERIÒDO FACTURADO: 30 OCT/2025 A 01 DIC/2025

DIÀS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES 336 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 familia, evita riesgos eléctricos.

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

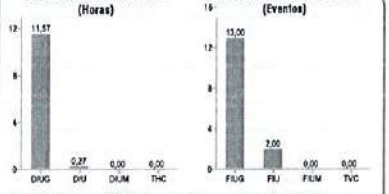
Repórtalo de forma anónima al **601 514 0000** o a través de nuestra **página web: enel.com.co**



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	9,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005035118225
RUTA LECTURA:	35035040406
MANZANA DE LECTURA:	MS00564859
MEDIDOR NO:	4185414
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 4927TR1 GRUPO: 11 IIC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/10 DI: 257,15 CF: 53,00000 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
316 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual
Daviplata · dale! · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios
CONRED · efácil · Reval · Todo a Todo · Bancolombia · Su Red · MOVIRED · puntored · efecty

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel Únicamente Chía, Girardot y Facatativá

Almacenes de Cadena
Jumbo · Metro

Código QR

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

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



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

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL11-4927TR1- - NIVEL DE TENSION: 1 PROPIEDAD: Empresa

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

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

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 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: 04/12/2025 00:45:00
FECHA EXPEDICIÓN: 04/12/2025 17:17:07

CUDE: 83b62f0b2f43516a7ed7cb2867f2c3e66be005bc23ca64a32d8b39e7a0abd8ae31d45eab0ae6a53eb743596d94d3a21

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
6.588 - Página 1 de 2

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

HC	MICROCHIP: SI 900255003231811	FECHA:
52		20-12-25.

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Nieve		Blanco / Negro

ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA	EDAD	PESO:	MANEJO ESPECIAL:
		Mestizo	6M	2.4 KG	SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO__/__MIXTO X OTRO____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X_REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Karen Lizeth Mora Vargas	Cl 67 Bis 76-43	3242878786.

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1000 787 405	Karenlizethmora1@gmail.com.

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Boyaca	3	ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X_RURAL_
Bachiller	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/R	NOV/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:
130 l/m	22 r/m	38.1 °c	2 seg	Rosado.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___/___ ml.	5-7mg/kg IV
		___/___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,2 ml.	0,5mg/kg IV - 1mg/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. Médica Veterinaria MSc T.P. 9743	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Magda Adela Suárez Mora Medica Veterinaria Universidad de La Salle T.P No. 32538	

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:
Karen Mora	1000787405

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 1.000.787.405

MORA VARGAS

APELLIDOS

KAREN LIZETH

NOMBRES

Karen Mora

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-2002

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.46 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

21-DIC-2020 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1524750-01300311-F-1000787405-20220603 0079569991A 1 8504788103

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: **4843682-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 374832716-3

CLIENTE

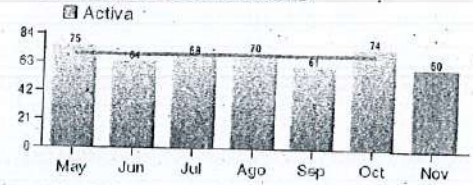
POLIDORO BARON
CL 67 BIS NO 76 43 PI 1
PISO 1
BOGOTA, D.C. - BOYACA.

17 504 4437 / 240984

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $820,96

CONSUMO DIARIO: 2,00 kWh

VALOR DIARIO: $1.396

PERÍODO FACTURADO: 22 OCT/2025 A 20 NOV/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 60 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 69 kWh

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

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD Crédito Fácil CODENSA

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

Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia.
¡Acércate ya a uno de nuestros puntos
Crédito Fácil CODENSA!

Encuéntralos escaneando el código.

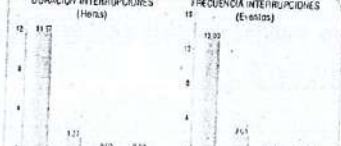
*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

Marca registrada de Gases Comprimidos Industriales S.A.S. E.S.P. Licenciada a Gases Comprimidos Industriales S.A. E.S.P. para uso por la Compañía Financiera de Colombia Asociación Sujeta a políticas de crédito de la entidad. Consulta más en www.creditofacilcodensa.com

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005175044437
RUTA LECTURA:	35175060205
MANZANA DE LECTURA:	MS005560361
MEDIDOR NO:	240984
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DE SERVICIO



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2013 y 035 de 2019

CONTÁCTANOS

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

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Gratuita las 24 horas.
601 5140055 servicioalcliente@enel.com

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

DATO 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

Corresponsables Bancarios: CONRED, efecty, Reval, MOVIRED, Baloto, Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Makro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, tenga en cuenta que el corresponsal no es un soporte válido de caja de reclamo

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

G: $296,46 T: $52,97 D: $307,93 CV: $76,98 PR: $80,36 R: $26,56 CF: $0,00 / $820,96 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: FR22-3795TRI - NIVEL DE TENSIÓN: PRIMARIO Emp-013
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 1995.

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

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

Esta factura da cobro previa 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, 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.

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios

¿Quieres el código?

FECHA GENERACIÓN: 25/11/2025 01:07:35
FECHA EXPEDICIÓN: 25/11/2025 19:50:40

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT (620.004.512 - 6
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre de SW: CENFinanciero - NIT 860.321.151-0

$41.870 + $0 = $41.870

PAGO OPORTUNO
04 DIC-/2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
09 DIC/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 4843682-9

20 DIC /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	LECTURA ACTUAL	-	LECTURA ANTERIOR	=	DIFERENCIA DE LECTURA	X	FACTOR	=	CONSUMO FACTURADO kWh	PRECIO UNITARIO $/kWh	X	VALOR UNITARIO	=	VALOR FACTURADO
ENERGÍA ACTIVA FP	9.125		9.055		60		1		60	50		$820.96		$49.258
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$307.93		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh				Valor kWh $820.9603		X		Beneficio -15.00 %					-$7.389

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.396 DIARIOS

SUBTOTAL: $41.869

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$1
SUBTOTAL:	$1

1 TOTAL ENERGÍA $41.870

Otros cobros de productos y servicios

enelx

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y gas

2 TOTAL OTROS $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 Credito Fácil 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
4843682-9

Documento Equivalente Electrónico No.
374832715-3

(415)7707209914253(8020)014843682937433271 63(3900)000000004 1870

PAGO OPORTUNO
04 DIC /2025

TOTAL A PAGAR
$41.870

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
53	900255003231477	20-DIC-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

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

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gloria Hermina Farfan Ramirez	DIRECCION Cl 65B 88-27	TELEFONO 3203711871
CEDULA: 51632777	CORREO ELECTRÓNICO: gloriahfarfan@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Alamos / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Universitario	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
140 l/m	22 r/m	38.1 °c	2 seg	Rosada.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
		____ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,4 ml.	0,5mg/kg IV 1mg/Kg. IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	04 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	Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Magda Adela Suárez Mora Medica Veterinaria Universidad de La Salle T P No.32538	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Gloria Tarfan	51632771 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 51.632.777

FARFAN RAMIREZ

APELLIDOS

GLORIA HERMINIA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-MAR-1962**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-JUL-1980 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00133139-F-0051632777-20081203 **000744**7103A 1 1510028012

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: **1732898-2**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 375536173-7

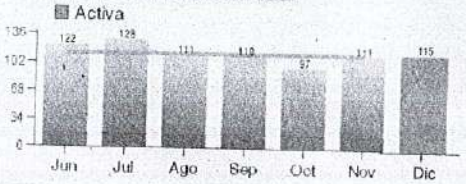
CLIENTE

GLORIA HERMINIA FARFAN RAMIREZ
CL 65 B NO 88 27 IN 6 AP 402
INT 6 APTO 402
BOGOTA, D.C. - ALAMOS

01 518 3566 / 28565

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $820,96

CONSUMO DIARIO: 3,59 kWh

VALOR DIARIO: $2.508

PERÍODO FACTURADO: 28 OCT/2025 A 28 NOV/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 115 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES 113 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**



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	5,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005015183566
RUTA LECTURA:	35015170138
MANZANA DE LECTURA:	MS005626V3
MEDIDOR NO:	28565
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
318 860 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

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

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Red, MOVIRED, Supergiros, Su Red, Su Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Código QR

Almacenes de Cadena: Alkosto, Makro

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

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

G: $296,46 T: $52,97 D: $307,80 CV: $76,58 PR: $50,38 R: $26,96 CF: $0,00 / $820,95 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: FR21 6501TR1 - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

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

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de 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 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 presten los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



FECHA GENERACIÓN: 02/12/2025 04:12:10
FECHA EXPEDICIÓN: 02/12/2025 14:58:11

CUDE: a0efc0a8fb0cded8e4d1ebdd740f65c8ee1a76f6b57a6a8826668b03a29da27254473ec2c5de845d1afbf5403d89bdca1b4e

Formato impreso por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-6 - Nombre del SW: CENFacturero - NIT 860 321 151-0 - Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S. NIT 830.048.812-4

1 Total Energía $80.250 + 2 Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $80.250

PAGO OPORTUNO 12 DIC /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 16 DIC/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 1732898-2

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA 27 DIC /2025

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

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 FP	46.246		46.131		115		1		115	115		$820.96		$94.410
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$307.93		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh		Valor kWh $820.9603			x	Beneficio 15.00 %							$14.162
												SUBTOTAL:		$80.248

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $2.508 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$2
SUBTOTAL:	$2

Consumos + Otros cobros asociados a energía 1 TOTAL ENERGÍA $80.250

Otros cobros de productos y servicios

enel x

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

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

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

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

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 - 130 kWh/mes) es de -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 1732898-2

Documento Equivalente Electrónico No. 375536173-7

(415)7707209914253(8020)011732898237553617 37(3900)000000000080250

PAGO OPORTUNO 12 DIC /2025

TOTAL A PAGAR $80.250

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

HC	54	900255003231464	NO	FECHA: 20-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Magola Martin			COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 4m	PESO: 2-6 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_Y_PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Linda Yoana Martin Moreno	DIRECCION CL 65B No 71-21	TELEFONO 3123695639
CEDULA: 52794927	CORREO ELECTRÓNICO: lij0102@hotmail.com.	
BARRIO O VEREDA San Joaquin.	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.R.	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: 140 l/m	F. RESPIRATORIA: 38 r/m	TEMPERATURA: 38,1 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,3 ml.	0,5mg/kg IV 1mg/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	Dra. Magda Adela Suarez Mora Medica Veterinaria Universidad de la Salle T.P. No. 32538	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: 52.744.927 Bta

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 52.794.927
MARTIN MORENO
APELLIDOS
LINDA YOANA
NOMBRES
FIRMA


A-1500150-0126248-F-0052794927-20211105 0075988934A 1 9516547531
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
30-NOV-1999 BOGOTA D.C.
ESTATURA G.S. RH SEXO
1.65 O+ F
LUGAR DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-1981

Pago requerido 12:35
28 Nov.

¡Hola!

EDITH ESPEJO
CL 65B 71 21 00001 - SAN JOAQUIN
BOGOTA

Ref 12918966 75

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057101-87523

Lote: P12GN **Ruta:** 0011370043070005000 **Código del Sector:** 214

Cuenta o referencia de pago **61756121**

vanti

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

vanti



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

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

Extracupo hasta de
$12.000.000
exclusivo para motos.

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

Éxito · Alkosto · K-TRONIX · HOMECENTER

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Comercializadora S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gases del Oriente S.A. E.S.P. y Gases del Caribe S.A. ESP. Vanti S.A. es responsable de la información de financiación no bancaria ofrecida en el Grupo Vanti. Aplican condiciones de la política de financiación, consúltala en grupovanti.com/terminos

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.

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 · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · 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 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

0011370043070005000 39082 P12GN C1

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago: 61756121

BOGOTA

NIT: 900.007.813-5
Vanti S.A. ESP.
www.grupovanti.com

vanti

Más formas de p

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 03 Dic. 2025
2. Fecha de suspensión: 04 Dic. 2025
3. Periodo facturado: Oct. - Nov. 2025
4. Emisión de tu factura: 20 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	16M3	2.741,69	0,00	43.867,04
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	2,96	0,00	2,96

1 – Total $48.050,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

3 – Valor facturas vencidas

$0,00

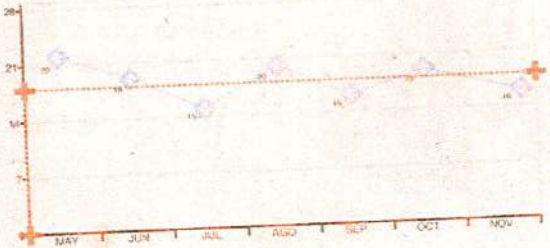
Total a pagar (1 + 2 + 3)

$48.050,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Tres | Días de consumo 32

Fecha	Lectura	Tipo
17 Oct. 2025	8916	REAL
17 Nov. 2025	8937	REAL

m³ corregido= 8937 - 8916 * Factor de corrección = 16

Tu próxima lectura será Entre 12 y el 17 de Diciembre

Novedades de tu factura

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

(415)7709998026025(8020)61756121(3900)00000000048050

Revisión Periódica Obligat

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Mar. 2028

La revisión de la instalación interna es de responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41 180 de 2017

Agenc tu RPC

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $

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

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

Componentes tarifarios

Gmc 1438.91 Tm: 632.88 Dm: 599.2 C
Pr: 70.7 Cvm: 0.0 Cufm: 4180.0 C
Com: 0.0 Fpcm: 42.512* DAUR: 0.0 D
MJ/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 189 kWh y el precio unitario del kWh es: $254.217

Factor de corrección

Vm: 21 Kp: 0.76826 Kb: 1.00627 Ft:
Vc: 16 Tm: 13.76 Tz: 15.56 Pc:
Pz: 0.753 Pm: 0.023 F pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77308

Indicadores de calidad

IRSF: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IP:



Somos grandes contribuyentes Resolución 000209 diciembre de 2024 Prorrogado del 1 de Autorretenedores Resolución No. 4589 del 18 de diciembre de 2024 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764929 del 31/10/2025 Facturación electrónica Rango N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Empresas sujetas a la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. VANTI S.A. ESP. NIT. 900.007.813-5 - Rampa Calle Cedritos N° 7a-71 Este factura no vale como documento equivalente (Art. 616-1 del E.T.) Consulte Tratamiento y Normas S.A.S. Inc. Rad. 1011-13-0

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

HC: 55	MICROCHIP: SI	Expiry-Date:2030/09/02 900255003231485	FECHA: 20-12-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Atenea			COLOR: Beige - Maiton
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 4A	PESO: 4.2 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: Helman Acosta Garrido	DIRECCION Kr 80A 64C 63	TELEFONO 3173657857
CEDULA: 97432371	CORREO ELECTRÓNICO: helmanacostagarrido@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Villa 212	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: NOV/25	ULT. DESPARASITACIÓN: Abril/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.1 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno.

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.42 ml.	0,5mg/kg IV 1mg/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	Angela Marcela Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL		FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se puedan evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la 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: 9743231

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 91.432.371
ACOSTA GARRIDO
APELLIDOS
HELMAN
NOMBRES
HELMAN ACOSTA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-1967
BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-FEB-1987 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
A-0100100-14118503-M-0091432371-20040722 06410 01203B 02 155303400

FACTURA
EN LÍNEA



Escanea el código QR, recibirás la factura más rápida y segura directo a tu correo electrónico

le adiós al papel
mpieza a recibir
u factura Vanti
en tu correo.



Solicita tu
FACTURA
EN LÍNEA
Y CANCELA A TRAVÉS DE

co digital Vanti

través de nuestra página web
pagos-en-linea/

Pagos electrónicos en otras entidades

Bancolombia

Nequi

dale

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

os Presenciales

Línea telefónica para emergencias
Atención todos los días las 24 horas

Fijo - Móvil 164 o 01 8000 919 052
01 8000 181 164

Atención presencial

www.grupovanti.com

¡Hola!

BLANCA ELENA RODRIGUEZ
KR 80A 64C 83 00201 - VILLA LUZ
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057101-419249

Lote: P05GN Ruta: 0011380173030005100 Código del Sector: 220

Cuenta o referencia de pago **61359169**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti



Participa y gana uno de los
50 BONOS DE
$1.000.000
por compras iguales o superiores a haciendo uso de tu cupo Vanti Listo en tiendas aliadas.

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

KTRONIX exito

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7 a.m. a 5 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8171
Resto del país (57) 601 307 8171

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 registrar tu factura de preferencia para cumplimiento de la Ley 2300 de 2023.

220
0011380173030005100
P05GN
22536
C1

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago 61359169

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 Pago oportuno: 23 Dic. 2025

2 Fecha de suspensión: 24 Dic. 2025

3 Periodo facturado: Nov. - Dic. 2025

4 Emisión de su factura: 10 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	5M3	2.570,50	0,00	12.852,50
FIJO	1UN	4.132,00	0,00	4.132,00
AJUSTE DECENA	1UN	-4,50	0,00	-4,50

1 – Total $17.030,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

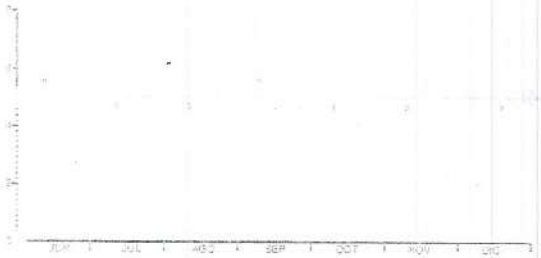
3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $17.030,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat.Tres Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
09 Nov. 2025	1607	REAL
07 Dic. 2025	1614	REAL

m³ corregidos: 1614 - 1607 * Factor de corrección = 5

Tu próxima lectura será

Entre 04 y el 09 de Enero

Novedades de tu factura

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

(415)7709998026025(8020)61359169(3900)00000000017030

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Sep. 2030

La revisión de la instalación interna es un requerimiento legal y debe ser realizada por personal autorizado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (SSPD) de acuerdo con la Resolución CREG 059 de 2013 y 41065 de 2021.

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2571.

Sep. $2719 Oct. $2748 Nov. $2742

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

Componentes tarifarios

Cm: 1324.73 Tm: 382.57 Dm: 398.11 Cm: 3570.5
A: 65.69 Cuv: 0.0 Cdm: 4139.2 Cuvm: 0.0
Com: 0.0 Pastv: 42.512 DA_R: 0.0 DA_NR: 0.0

Mijm³ Tu consumo en m³ de gas este mes: 59
PMV y el precio unitario de kWh es: 3282.72

Factor de corrección

Vm: 7 Pz: 0.79756 Xz: 1.00631 Pb: 0.77251
Vb: 9 Tm: 13.75 Tb: 15.56 Fa: 1.01006
Pm: 0.752 Pmb: 0.0234 PPvs: 1.0

Factor de corrección: 0.77251

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPs: 100.0



NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO

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

HC	MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231466	FECHA:
56		20-Dic-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kiki			COLOR: Blanco-Amarillo
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo EDAD 7M	PESO: 3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO____MIXTO X OTRO____	

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO____REGALADO_X_PERRO DE CUADRA_____OTRO_____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gloria Magdalena Mendez Garcia	DIRECCION Kr 77 65A 92	TELEFONO 3133949120
CEDULA: 51801222	CORREO ELECTRÓNICO: glorymendez@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA El Recl	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa Dic/25	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa Nov/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: 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: 120 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.1 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosado.

OBSERVACIONES: Ninguna

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,3 ml.	0,5mg/kg IV 1mg 1% IV.
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	03 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 prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Magda Adela Suárez Mora Medica Veterinaria Universidad de [illegible] T P No. 32318	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Gloria M. Hinestroza Garcia	51801-222

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 51.801.222

MENDEZ GARCIA
APELLIDOS

GLORIA MAGDALENA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-MAR-1966

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-ABR-1984 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500101-47147181-F-0051801222-20060613 0001206184M 02 204103200

105611

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: **0572412-8**

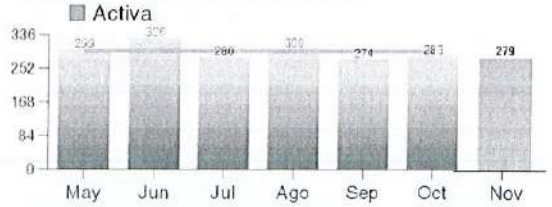
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 374845190-4

CLIENTE

HUMBERTO MENDEZ T
KR 77 NO 65 A 42
BOGOTA, D.C. - EL REAL

17 506 6886 / 6049365

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $820,96

CONSUMO DIARIO: 9,30 kWh

VALOR DIARIO: $7.101

PERÍODO FACTURADO: 22 OCT/2025 A 20 NOV/2025

DIÁS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 279 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 294 kWh

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

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA

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

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

Encuéntralos escaneando el código.

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

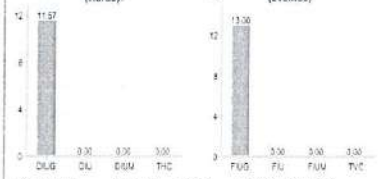
®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a políticas de crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com.

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005175066886
RUTA LECTURA:	35175100382
MANZANA DE LECTURA:	MS00560413
MEDIDOR NO:	6049365
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: 37078TR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0.00 CEC: 0.00
PERIODO: 2025/09 DI: 257,15 CF: 274,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

CONTÁCTANOS

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

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Reval, Baloto, Bancolombia, Su Red, Gana, MOVIRED, puntored, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: Únicamente Chia, 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: OCT/2025
G: $296,46 T: $52,97 D: $307,93 CV: $76,68 PR: $60,36 R: $26,56 CF: $0,00 / $820,96 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: FR22-37078TR1 - - 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 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 de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG 15611 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: 1ab87a90036659945d8d7288c23da7aa1afcbb0e68522e7c3ac8e89a035eeac44531483c1056352fe3bdf6e83d5adc8ca2

FECHA GENERACIÓN: 25/11/2025 00:42:13
FECHA EXPEDICIÓN: 25/11/2025 20:14:20

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

1.141 - Página 1 de 4

105611

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

HC: 57	MICROCHIP: SI	Expiry-Date:2030/09/02 900255003231491	FECHA: 20-12-25

ORIGEN : CES X PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LULU			COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 7A	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 X MIXTO OTRO____	

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO____COMPRADO____ADOPTADO X REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Patricia Mendez Lucero		DIRECCION Kr 77 N° 65 A 42	TELEFONO 3102479826
CEDULA: 39.531799		CORREO ELECTRÓNICO: martha_patriciam@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA EL REAL	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL__		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: Dic/25	ULT. DESPARASITACIÓN: Nov/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:	
		FELINOS: TRIPLE FELINA: Sep/25 LEUCEMIA: RABIA: Sep/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: 140 l/m	F. RESPIRATORIA: 23 r/m	TEMPERATURA: 36.1 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS Rosadas.	

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,4 ml.	0,5mg/kg IV 1 mg/kg TV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	04 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	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Magda Adela Salinas Mora Medica Veterinaria Universidad de la salle T. P No. 32536	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:
Martha P. Méndez	39531799

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 **39.531.799**
MENDEZ LUCERO
APELLIDOS
MARTHA PATRICIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-MAY-1962**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-AGO-1982 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00016101-F-0039531799-20080621 0000566243A 1 1410015701

105611

Bogotá

ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0572412-8**

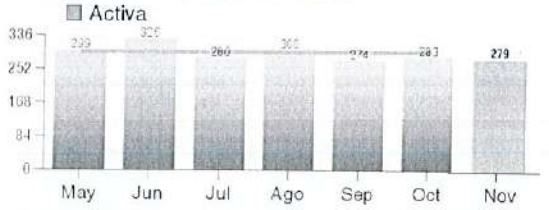
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 374845190-4

CLIENTE

HUMBERTO MENDEZ T
KR 77 NO 65 A 42
BOGOTA, D.C. - EL REAL

17 506 6886 / 6049365

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $820,96

CONSUMO DIARIO: 9,30 kWh

VALOR DIARIO: $7.101

PERIODO FACTURADO: 22 OCT/2025 A 20 NOV/2025

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 279 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 294 kWh

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

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA

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

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

Encuéntralos escaneando el código.

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

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a políticas de crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com.

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005175066886
RUTA LECTURA:	35175100382
MANZANA DE LECTURA:	MS00560413
MEDIDOR NO:	6049365
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 37078TR1 GRUPO: 11 HC: 9.00 VC: 0.00 CEC: 0.00
PERIODO: 2025.09 DI: 257.15 CF: 274.00000 MC: 0.00 MF: 1.00 TVI: 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 · MOVIRED · puntored · efecty

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
Únicamente Chía, Girardot y Facatativá

Almacenes de Cadena
Jumbo · Metro

Código QR

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

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: $76,68 PR: $60,38 R: $26,56 CF: $0,00 / $820,96 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: FR22-3707STR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercializacion de Energia Electrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autoretenedores segun Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Comun. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

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

FECHA GENERACIÓN: 25/11/2025 00:42:13
FECHA EXPEDICIÓN: 25/11/2025 20:14:20

CUDE: 1abf7a909365945d8d72888c23da7aa1afcbb0e68522e7c3ac8e89a0d5eeac44536f483c1056352fe3bdf6e83df5cdc8ca2

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0
Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.096.812-8

105611

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

HC: 58 | 900255003231493 | NO | FECHA: 20-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Akira | COLOR: gris-blanco

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA Mestizo | EDAD 8m | PESO: 2.8 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO X PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Daniela Henao Usaquen | DIRECCION: Kra 115 No 63B 49 | TELEFONO: 3112095971

CEDULA: 1.001.278 102 | CORREO ELECTRÓNICO: lauradanielahenaousaquen@gmail.com

BARRIO O VEREDA Sabana del Dorado | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: 15-12-2025 | 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: 30 06 2025 LEUCEMIA: 1 08 2025 RABIA: 1507 2025.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
120 l/m	20 r/m	38.4 °c	2 seg	Rosada.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Angela Marcela Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Mary ... Mar ... Ma ... Uni ... Sor ... Q. ... 538	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:
Laura Henao	1001228102

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 1.001.278.102
HENAO USAQUEN
APELLIDOS
LAURA DANIELA
NOMBRES

Laura Henao.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-MAY-2000
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-MAY-2018 PAIME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1519300-01038630-F-1001278102-20180919 0062672386A 1 49889037

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860063875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagar y consultar tu número de cuenta es:

2169275-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 376337189-0

TITO ANTONIO MELO
KR 115 NO 63 B 49
0
BOGOTA, D.C. - SABANA DEL DORADO

05 504 7545 / 72011687

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

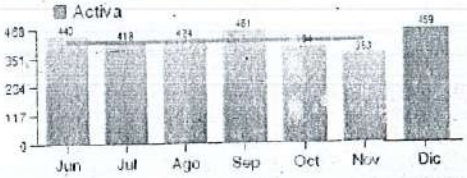
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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 $800,09

CONSUMO DIARIO: 13,91 kWh

VALOR DIARIO: $9.885

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 417 kWh

PERÍODO FACTURADO: 01 NOV/2025 A 03 DIC/2025 | DÍAS FACTURADOS: 33 | CONSUMO MES 459 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:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	2000505047545
RUTA LECTURA:	3505080063
MANZANA DE LECTURA:	MS0058759
MEDIDOR NO:	7271587
SUBCLASE:	BASICO

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Sabana y Cundinamarca: 601 5 115 115

115 Opción 1 | 24 horas

Bogotá, Sabana y Cundinamarca: 601 5140055

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

Apoyo en el Puntos Colombia

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

316 890 6053 (Zona fija o pasa Asesor)

Reportar: www.enel.com.co/es/personas/formulario-denuncia.html

COMO PAGAR TU FACTURA

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena



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

G: $396,96 T: $53,30 D: $294,64 CV: $78,01 PR: $58,62 R: $220,15 CF: $0,00 / $800,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: PR13-303TR1 - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 1.1.04 por mil. Sobre autoretenciones según Resolución No. 0549 de 15 de enero 2003. 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 comunicarse al (601) 5 115 115, línea de Bogotá al 01 8009 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 9081 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 es título ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG 15011 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, derechos y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, servicio Bogotá al 01 8009 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP prestó el servicio de referencia para el periodo comprendido entre el 03/11/2025 y el 03/12/2025 por el cual debe pagar la suma de $459. Si usted no recibió la factura dentro de los cinco días siguientes a la fecha de corte, por favor diríjase a los canales de atención de nuestros operadores con estos fines. 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. Estos vigilados por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 09/12/2025 01:04:45
FECHA EXPEDICIÓN: 09/12/2025 14:59:14

CUDE: 98ude45acbca64a4e213c721ddfaeb108a8e820e2b289d4e1b9973d1b106d95f719bbc1c5a5d0b4e1a7b6b4d62d64

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830134519-6

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Numero del SW: CENFinanciero - NIT 860 321 151-9

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
59	900255003231461	20- Dic- 25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Perla			COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 1 A	PESO: 2.8 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO____ MIXTO X OTRO____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO__X__COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angelica Maria Villanueva Reyes	DIRECCION Cl 64 112C 26	TELEFONO 3193863393
CEDULA: 30879311 PPT	CORREO ELECTRÓNICO: avillanuevareyes4@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Villa Gladys / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Dic/ 2025	Oct/ 2025	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: septiembre 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:
130 l/m	20 r/m	38,1 °c	seg	Rosada.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,3 ml.	0,5mg/kg IV 7mg/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		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:
- Angelica V.	- 3087934

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 3087931

COL

VILLANUEVA REYES
APELLIDOS

ANGELICA MARIA
NOMBRES

VEN F
NACIONALIDAD SEXO

20356963
DNI Nro.

11-01-1993
FECHA DE NACIMIENTO

14-05-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

Angelica

FIRMA

E1598065



INDICE DERECHO

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

Gloria Esperanza Arriaga Díaz
Directora General de Migración Colombia

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

IPCOL3087931<<5<<<<<<<<<<<<<<<
9301113F3105308VENE1598065<<<4
VILLANUEVA<REYES<<ANGELICA<MAR

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: **1848151-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 376304803-1

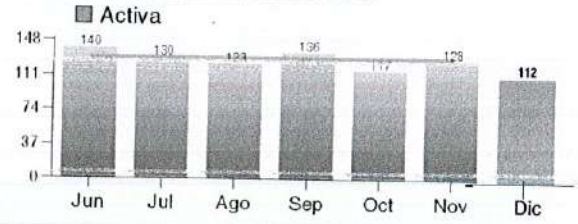
CLIENTE

A V INGENIEROS LTDA
CL 64 NO 112 C 26 TO R AP 604
B R APTO 604
BOGOTA, D.C. - VILLA GLADYS

05 508 8608 / 19188897

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $800,09

CONSUMO DIARIO: 3,39 kWh

VALOR DIARIO: $1.644

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

DIAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES 112 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 129 kWh

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

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	5,46
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005055088608
RUTA LECTURA:	35055151745
MANZANA DE LECTURA:	MS005637A1
MEDIDOR NO:	19188897
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 11443TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/10 DI: 275,15 CF: 117,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/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 · efecty · Reval · Todo1 · Bancolombia · Su Red · MOVIRED · puntored · Efecty

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel Únicamente Chía, Girardot y Facatativá

Almacenes de Cadena
Jumbo · Metro

Código QR

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

Inscríbete a la factura virtual Enel 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: FR23-11443TR1- - 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 1995.

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

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

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

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

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 09/12/2025 01:03:54
FECHA EXPEDICIÓN: 09/12/2025 14:06:14

CUDE: a4d269a8faf37a87d9e5b393ac6e0266b403c5e9193b7d13ce7555d7171724c5b60d2233c495f4c813fd34dc7e1ddb053

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.096.812-8.
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0
4.533 - Página 1 de 2

1 Total Energía $54.270 + 2 Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $54.270

PAGO OPORTUNO
18 DIC /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
22 DIC/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 1848151-5

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 03 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CALCULO CONSUMO DE ENERGIA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	28.013		27.901		112		1		112	112		$800,09		$89.610
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$294,84		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $800,0862	X			Beneficio -39,44 %					-$35.345
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.644 DIARIOS													SUBTOTAL:	$54.265

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$5
SUBTOTAL:	$5

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA: $54.270

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 inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

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

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

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

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -39,44 %

Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

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

Al momento de hacer tu reporte:

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

Al final recibirás un caso para hacer seguimiento.



Enel Colombia S.A. ESP Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

NÚMERO DE CLIENTE
1848151-5

Documento Equivalente Electrónico No.
376304803-1

(415)7707209914253(8020)0118481515376304803 1(3900)0000000054270

PAGO OPORTUNO
18 DIC /2025

TOTAL A PAGAR
$54.270

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

Expiry-Date:2030/09/02
900255003231488

HC	MICROCHIP:	FECHA:
60		20-12-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Lucy Alvarez		Beige - Marron

ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA	EDAD	PESO	MANEJO ESPECIAL:
		MESTIZO	7M	3.2 KG	SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO___ MIXTO X 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
Angelina Tombe Pilcue	Fr 123 N 69-57	3123424750

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
34.528.483	lauritacortez0102@gmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Engativa	2	ENGATIVÁ

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
OCT/23	N/R	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: Junio/25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
140 l/m	22 r/m	38.1 ºc	2 seg	Rosada.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,32 ml.	0,5mg/kg IV 1 mg/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	FIRMA
Angela Marcela Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	Angela Marcela Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Dra. Mayda [illegible] Méd. Univer. T. P. No. 252330	

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:
G Angelica Conde	34.526.483

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 **34.528.483**

TOMBE PILCUE

APELLIDOS

ANGELINA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **07-FEB-1955**

JAMBALO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-SEP-1976 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01501669-F-0034528483-20250401 **0144**607985A 1 8514858345

Por favor dobla y rasga para abrir la factura



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

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

Inscríbete aquí



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

Tan fácil tenerla...

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.312-8 7045/27082025 VANTI

¡Hola!

JORGE ANTONIO ORJUELA
KR 123 69 51 - ENGATIVA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5187101-267619

Lote: P12GN **Ruta:** 0011760141880005000 **Código del Sector:** 412

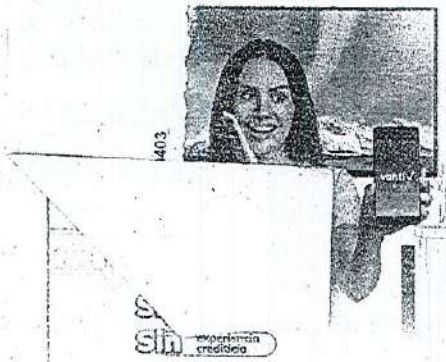
Cuenta o referencia de pago **61827440**

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 1.653.844**

vanti Listo



Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.

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

Extracupo hasta de
$12.000.000
exclusivo para motos.

Sin experiencia crediticia

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

éxito · Alkosto · K-tronix · Homecenter

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago: 61827440

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
03 Dic. 2025	04 Dic. 2025	Oct. - Nov. 2025	20 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	15M3	3.116,58	0,00	46.748,70
MENOS SUBSIDIO (37%)	1UN	-17.399,87	0,00	-17.399,87
AJUSTE DECENA	1UN	0,74	0,00	0,74
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	9.281,00	0,00	9.281,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	46.978,42	0,00	46.978,42
Vanti Max Gas 2	1UN	11.294,12	2.145,88	13.440,00

(1) Total $99.048,99

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.88 % V-Movilidad Vanti	14/18	501.211,01	46.978,42	501.211,01

(2) Total $501.211,01

(3) Valor facturas vencidas

$0,00

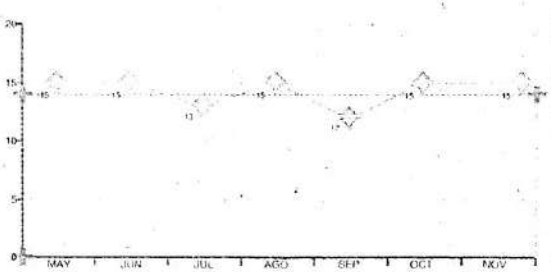
Total a pagar (1)+(2)+(3)

$600.260,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
16 Oct. 2025	6861	REAL
18 Nov. 2025	6880	REAL

m³ corregido= 6880 - 6861,* Factor de corrección = 15

Tu próxima lectura será

Entre 12 y el 17 de Diciembre

Novedades de tu factura

CuVa $ 2741,69

Estimado cliente recuerde que tiene entre Oct/2025 y el 31/03/2026 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/04/2026 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 Mar. 2026

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

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

Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 177 kWh y el precio unitario del kWh es: $165,813

Factor de corrección

Vm: 19 Kp: 0.76825 Kt: 1.00527 Ft: 0.77308
Vc: 15 Tm: 13.76 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Po: 0.753 Pm: 0.023 P² pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77308

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)61827440(3900)00000000600260

ESP. NIT. 900.007.813-5 Resolución Creg y Tarifa S.A.E. Esta factura presta mérito ejecutivo Art. 130 de la ley 142 de 1994
Carrera 7 No 71 - 21 Torre B Piso 9 Bogotá D.C. Tel. 601 313 1313

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

Expiry-Date:2030/09/02
900255003231471

HC	MICROCHIP:	FECHA:
61		20-Dic-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Isis			COLOR: Calico
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA_V_MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 15 M	PESO: 3 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO____	

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO____COMPRADO____ADOPTADO X REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Stella Ortiz Sanchez	DIRECCION Cl 70A Bis 117-96	TELEFONO 3008386409
CEDULA: 1019992502	CORREO ELECTRÓNICO: lz2098133@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Centro Engativa II / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnico / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
05/Nov 2025	15 Julio 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: 02-Nov-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: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 132 l/m	F. RESPIRATORIA: 18 r/m	TEMPERATURA: 38.7 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosado.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,3 ml.	0,5mg/kg IV 1mg/1Kg I.V.
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	FIRMA
Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Dra. Angela [illegible] Médica Veterinaria [illegible]	

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Luz ortiz sánchez	1019992502

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

NUIP 1.019.992.502



Apellidos
ORTIZ SANCHEZ

Nombres
LUZ STELLA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.64

Sexo
F

Fecha de nacimiento
22 JUL 2007

G.S
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
23 JUL 2025, BOGOTA D.C.

Firma

Luz Ortiz Sánchez

Fecha de expiración
23 JUL 2035

.CO

066204976

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL066204976215001<<<<<<<<<<
0707228F3507234COL1019992502<5
ORTIZ<SANCHEZ<<LUZ<STELLA<<<<<

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: **2668316-3**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 376295362-0

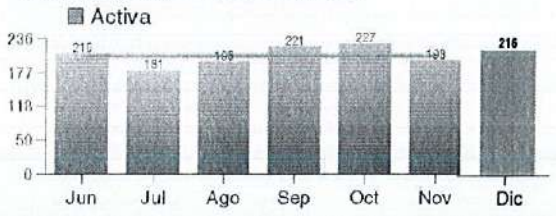
57460

CLIENTE

FIDUCOLOMBIA .
CL 70 A BIS NO 117 96 MZ 2 CA 42
SENDEROS DE ENGATIVA
BOGOTA, D.C. - CENTRO ENGATIVA II

05 503 1465 / 1016356

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $800,09

CONSUMO DIARIO: 6,55 kWh

VALOR DIARIO: $3.994

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

DIAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES 216 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 205 kWh

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

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

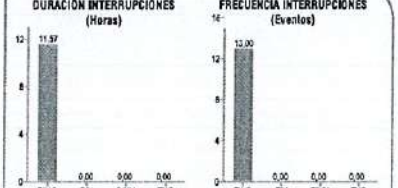
Repórtalo de forma anónima al **601 514 0000** o a través de nuestra **página web: enel.com.co**



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	6,11
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005055031465
RUTA LECTURA:	35055111691
MANZANA DE LECTURA:	MS00566602
MEDIDOR NO:	1016356
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



GD: 8987TR1 GRUPO: 11 RC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/10 Dt: 275,15 Cf: 227,00000 Mc: 0,00 Mf: 1,00 %t: 0,00

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/tradicionales
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 6140055 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 · Supergiros · Su Red · MOVIRED · puntored · efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel
Únicamente Cnls, 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: FR18-6987TR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0647 de 25 de enero 2002. IVA 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.

FECHA GENERACIÓN: 09/12/2025 01:06:47
FECHA EXPEDICIÓN: 09/12/2025 15:28:15

CUDE: 71622f03691226e13e8f8ea5ec8263118199d75b05e075923e29917904a1e4af17d7c165b653b1934e541146ed2a2ef9

Factura emitida por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.959.812-6

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

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
62	900255003219640	20-Dic-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dulce			COLOR: Blanco - Negro	
ESPECIE: CANINO___ FELINO_X SEXO: HEMBRA_X_ MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 8M	PESO: 2.3KG	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: Isabel Lombana Bernos	DIRECCION Kr 91 90B 09	TELEFONO 3025641991
CEDULA: 28656696	CORREO ELECTRÓNICO: santanahastamorirsara@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Luis Carlos Galan	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Primaria NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO_X_RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Dic/2025	05/Dic/25	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: 05/Dic/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: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
140 l/m	22 r/m	38.1 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,3 ml.	0,5mg/kg IV 1mg/1K
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	Dra. Magda [illegible] Mora Medica Veterinaria Universidad de la Salle T. P No. 32538	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:
Isabel Sombana	28656646

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 ☐ RECHAZO DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

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

FIDP
8

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.656.646
LOMBANA BARRIOS
APELLIDOS
ISABEL
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-JUL-1960
CUNDAY
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-JUL-1979 CUNDAY
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00170299-F-0028656646-20090618 0015051240A 1 1290108499

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: **1698563-4**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 369004137-4

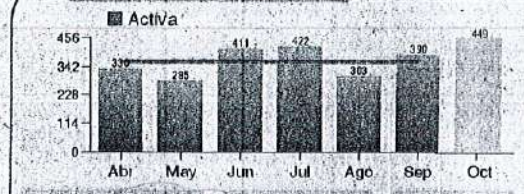
CLIENTE

EDISON NEMOCON
KR 91 NO 90 B 09 AP 201
APTO 201
BOGOTA, D.C. - LUA.S CARLOS GALA.N

04 709 2188 / 19024063

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $798,17

CONSUMO DIARIO: 14,03 kWh

VALOR DIARIO: $9.911

PERÍODO FACTURADO: 30 AGO/2025 A 30 SEP/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 449 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 357 kWh

Estás a tan solo un paso de leer la LECTURA DE TU MEDIDOR y el CONSUMO directamente en tu factura. Encuentra las palabras ocultas y lee en tu recibo en www.enel.com.co

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 guion.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007047092188
RUTA LECTURA:	37047040597
MANZANA DE LECTURA:	MS00566176
MEDIDOR NO:	19024063
SUBCLASE:	Básica

USO 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



CD: 11736TR1 GRUPO: 11 NC: 0.00 VC: 0.00 DEC: 0.00 FAC: 1
PERIODO: 2025/08 DI: 258,44 DF: 30/8/2025 UC: 0.00 MF: 1.00 %t: 0.00

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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/tramites.html
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
316 880 8003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelColombiaCO

Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · App Enel Clientes Colombia · Botón de pago PSE en Zona Privada enel.com.co · Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual
dale! · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios
CONFECOOP · Efecty · Reval · MOVIRED · Gana · Su Red Efecty

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel Bienvenido Chile, Gracias y Facultad

Almacenes de Cadena
Jumbo · Metro

Código QR

Si cancela en un corresponsal bancario, exhiba el desprendible del talonario. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: AGO/2025
G: $273,42 T: $56,93 D: $200,01 CV: $75,19 PR: $56,46 R: $46,15 CF: $0,00 / $798,17 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: TB18-11736TR1 - NIVEL DE TENSIÓN: I PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 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 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 comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 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: 04/10/2025 01:23:50
FECHA EXPEDICIÓN: 04/10/2025 16:14:58

CUDE: be537cc794e577c9766d2f3a3966810f64f0b0c6c38c65e20677e0486a585aa9249e0085390b099dc998132c8f4b8a886

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.832-6. Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 800.221.151-0

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

HC 63	900255003231088		FECHA: 20-12-2027

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIEN... HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nekita.			COLOR: gris - blanco
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 1 A	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 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: Erika Ibeth Ramirez Sarmiento	DIRECCION CL70Abis A No 117-15	TELEFONO 3218941297
CEDULA: 52 131 435	CORREO ELECTRÓNICO: ramirezsarmiento@yahoo.es	
BARRIO O VEREDA la Faena / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Universidad. / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: 05-2025.	ULT. DESPARASITACIÓN: N.R.	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.1 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosada.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,3 ml.	0,5mg/kg IV 1mg/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	Dra. Magda ... Mora Medica ... Universidad ... Salle T.P No.32538	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:
Ellen Paz	52-131-435

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 52.131.435
RAMIREZ SARMIENTO
APELLIDOS
ERIKA IBETH
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1974
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
24-NOV-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01035031-F-0052131435-20160831 0062452689A 1 9905574907

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

131056

enel Bogotá

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

PANEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **4420042-0**

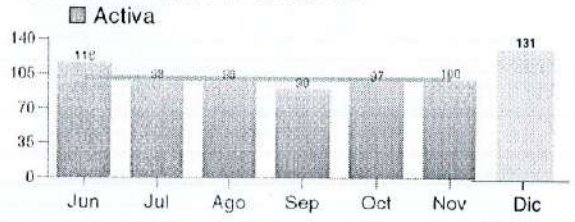
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 376267949-4

CLIENTE

ERIKA IBETH RAMIREZ SARMIENTO
CL 70 A BIS A NO 117 15 TO2 AP 102
TORRE 2 APARTAMENTO 102
BOGOTA, D.C. - LA FAENA

05 503 1897 / 139247

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $800,09

CONSUMO DIARIO: 3,97 kWh

VALOR DIARIO: $1.933

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

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES 131 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 106 kWh

Para mas tranquilidad estamos 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

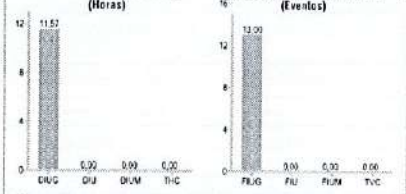


INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	9,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005055031897
RUTA LECTURA:	35055041644
MANZANA DE LECTURA:	MS00566602
MEDIDOR NO:	139247
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: 84915TR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0.00 CEC: 0.00
PERIODO: 2025/10 DI: 275.15 CF: 97.0000 MC: 0.00 MF: 1.00 %E: 0.20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

CONTÁCTANOS

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

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Red Reval, MOVIRED, punto red, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel Únicamente Cnte. Gerador y Facturador

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

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

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: BL36-8491STR1 - - 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 RESOLUCION CREG 015 DE 1999.

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

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor 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: 374a39bb910d61476786402288ab9300c3a7c16ca2f827a5e33bbf7909b617b9167be094c74fdd4d695df140c72b3bc

FECHA GENERACIÓN: 09/12/2025 01:09:12
FECHA EXPEDICIÓN: 09/12/2025 14:00:09

Prolongación Tel 19 900 - J. Carvajal Tecnología y Servicios S.A. - C. - Número de NIT: CEA Financiero - NIT 890.39 - 15-6

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

HC	MICROCHIP: SI 900255003231484	FECHA:
64		20-12-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:
Caliope	Calico

ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 6M	PESO: 2.2 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO____MIXTO X OTRO_____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO_____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Saray Eliana Malaver Pinto	Cl 64 n° 105-29	3183768883

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1000274572	saray malaver62@gmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
El Muelle	2	ENGATIVÁ

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
NLR	OCT/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:
130 l/m	22 r/m	38,1 ºc	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,22 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	0,5mg/kg IV 1mg/1% 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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovario Histerectomía/Orquiectomía que (la) (el) paciente a mi cargo 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
Angela Marcela Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Dra. Angie [illegible] Medica Veterinaria Universidad de la Salle T.P No. 32538	

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:
Jaay Malaver	1000214512

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:

ULA DE
ADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.000.214.512

Apellidos
MALAVER PINTO

Nombres
SARAY ELIANA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.65	F
Fecha de nacimiento	G.S.	
21 ENE 2002	O+	

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
04 FEB 2020, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
27 SEPT 2034

AnyScanner

CO

0554636 30

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

CCOL0554636300150 01<<<<<<<<<<<<
201210F3409279COL10002145 12<9
ALAVER<PINTO<<SARAY<ELIANA<<<

AnyScanner

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 ingresa tu número de cliente es:

3586078-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 375922221-6

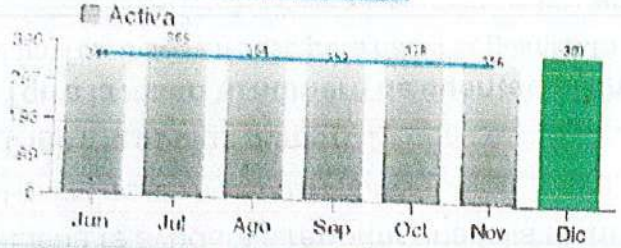
CLIENTE

MARTHA YANETH SUAREZ GUZMAN
CL 64 NO 105 29 PI 3
FACHADA
BOGOTA, D.C. - EL MUELLE

03 516 5038 / 250627

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $920,90

CONSUMO DIARIO: 11,70 kWh

VALOR DIARIO: $9.348

PERIODO FACTURADO: 30 OCT 2025 A 01 DIC 2025

DIAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES: 389 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 263 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**



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005035165038
RUTA LECTURA:	35035150986
MANZANA DE LECTURA:	MS00555281
MEDIDOR NO:	250627
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: 0.257781 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0.05 CEC: 0.00
PERIODO: 2025/10 DI: 257.15 CF: 378.00000 MC: 0.00 MF: 1.00 %: 0.20

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 006 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicadores
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
318 630 60031 (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	CUNDINAMAR
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 514 0055 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 Banco, 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, Red, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Olímpica, Makro

Código QR

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



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

: $296,49 T: $52,97 D: $107,93 CV: $70,68 PR: $60,36 R: $20,20 CF: $0,00 / $920,90 Costo kWh Mes

UPO: 11 CIRCUITO: BE11-925/TR1 - - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Empresa

TIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resol. con No. 0517 de 25 de enero de 2002. IVA Régimen Común. CONTRIBUYENTE RÉGIMEN COMÚN

I DE 1993

ere 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 rmación comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio. El Cliente Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según uación No 9061 de 10 de diciembre de 2020

ere 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."

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

cumplimiento de la resolución CREG 015/11 consultar www.enel.com.co

ORTANTE: 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 usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o contáctate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestras Centros de ipo al Cliente.

L 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 l 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 el por los valores facturados. Para mayor información relacionada stos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa

estatal 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 rvicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 04/12/2025 01:01:17
FECHA EXPEDICIÓN: 04/12/2025 16:54:57

Factura impresa por Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S. NIT 830.059.812-8

Total Energía $275.500 + Portafolio Enel X $0 = $275.500

PAGO OPORTUNO
16 DIC /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
18 DIC/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 3586078-8

30 DIC /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGIA ACTIVA	43.207	42.919	288	1	288	0,4	$ 1.536	$ 394.034
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$ 0	$ 0
SUBSIDIO	Consumo subsistencia 130 kWh x		Valor kWh $958,0031	x	Porcentaje 41,89%			$ -165.036

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISTRIBUISTE, TE COSTO $5.318 DIARIOS

SUBTOTAL: $275.498

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $2

SUBTOTAL: $2

1 TOTAL ENERGÍA: $275.500

Otros cobros de productos y servicios

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

2 TOTAL OTROS: $0

Si no cancela la factura antes de 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 las tarifas publicadas 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 -41,89 %

Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

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

Al momento de hacer tu reporte:

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

Al final recibirás un caso para hacer seguimiento.

Enel Colombia S.A. ESP. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.



NÚMERO DE CUENTE
3586078-8

iento Equivalente Electrónico No.
375922221-6

(415)7707209914253(8020)013586078837592222 16(3900)000000000275500

PAGO OPORTUNO
16 DIC /2025

TOTAL A PAGAR
$275.500

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

PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

Expiry-Date:2030/09/02
900255003231098

HC: 65	MICROCHIP: SI	FECHA: 20-12-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna Diaz			COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 7A	PESO: 25 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO ____ MIXTO X OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Harol David Iguaran Martinez	DIRECCION Dg 66A 78-77	TELEFONO 3508377045
CEDULA: 1145.224.229	CORREO ELECTRÓNICO: haroldavid099@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Santa Helenita	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachillerato	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.1 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___/___ ml.	5-7mg/kg IV
		____ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,25 ml.	0,5mg/kg IV - 1mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	03 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 prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO Angela Marcela Diaz TARJETA PROFESIONAL Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P 45036		FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO Dra. Magda Adela Suárez Mora TARJETA PROFESIONAL Medica Veterinaria Universidad [illegible] T P No. 32538		FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se puedan evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la 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:
Harol David	1145 224 229

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 1.145.224.229

Apellidos
IGUARAN MARTINEZ

Nombres
HAROL DAVID

Nacionalidad
COL

Estatura
1.77

Sexo
M

Fecha de nacimiento
06 ABR 2007

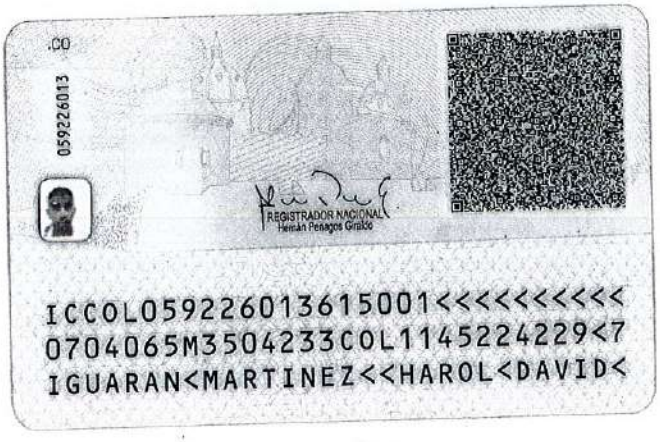
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
21 ABR 2025, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
23 ABR 2035



.CO

0592260 13

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0592260136150O1<<<<<<<<<<
0704065M3504233COL1145224229<7
IGUARAN<MARTINEZ<<HAROL<DAVID<

enel | Bogotá

earth pact 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: **0569184-4**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 371376222-0

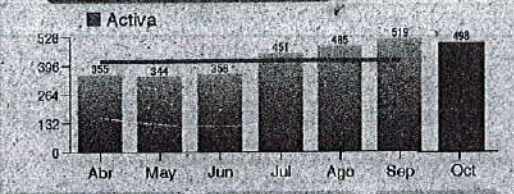
CLIENTE

MARIA ELENA VEGA
DG 66 A NO 78 72
BOGOTA, D.C. - SANTA HELENITA

18 504 3532 / 1091522

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $818,83

CONSUMO DIARIO: 16,60 kWh

VALOR DIARIO: $13.060

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 419 kWh

PERÍODO FACTURADO: 23 SEP/2025 A 22 OCT/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 498 kWh

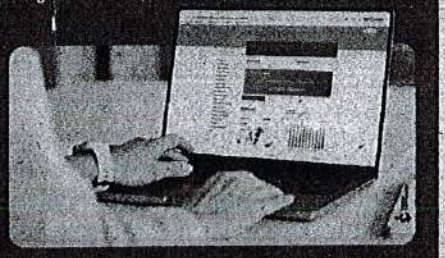
¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!

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 guion.



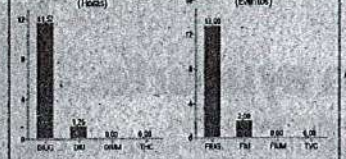
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	7,50
FACTOR:	
RUTA REPARTO:	30005185043532
RUTA LECTURA:	35185080365
MANZANA DE LECTURA:	MS00560854
MEDIDOR NO:	1091522
SUBCLASE:	Básica

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 37386781 GRUPO: T1 IRQ: 0,00 VC: 0,00 CEQ: 0,00
PERIODO: 2025/08 DI: 258,44 CC: 485,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,00

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

CONTÁCTANOS

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

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

318 890 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)

Enel Colombia @EnelColombiaCO

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140055 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de pago PSE, Botón de Pago Bancolombia en Zona Privada enel.com.co

Billetera Virtual

Daviplata, dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED, efecty, Reval, todo1, Servientrega, Supergiros, MOVIRED, puntored, efecty

Red Distrital

RED CADE, enel Colombia Cómo, Móvil y Presencial

Almacenes de Cadena

JUMBO, Metro

Centros de Servicio

Código QR

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

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

GRUPO: T1 CIRCUITO: F027-37386781 - - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0647 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1995

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 9081 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.creg.gov.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.

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



FECHA GENERACIÓN: 24/10/2025 00:37:55
FECHA EXPEDICIÓN: 24/10/2025 13:12:10

CUDE: a9c0517d8d0c4ed3179661dc1cf415cb8e2e8ba054805b5d9dfbe922c8601144c91e0ee4ef708ded0d2e1bbea9521f83

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800130513-8. Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

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

Expiry-Date:2030/09/02
900255003231084

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
66		20-12-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR: Blanco / Pardo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA MESTIZO / EDAD 7M	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____PERRO DE CUADRA____OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Hengels Arturo Martinez Utrera	Kr 87 # 69B 67	3028037985
CEDULA: 7155477	CORREO ELECTRÓNICO: 3028037985 @ sincorreo.com	
BARRIO O VEREDA Florida Blanca / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachillerato	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
140 l/m	22 r/m	38.1 ºc	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,2 ml.	0,5mg/kg IV · 1mg/Kg IV.
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 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		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: 71 595477.

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

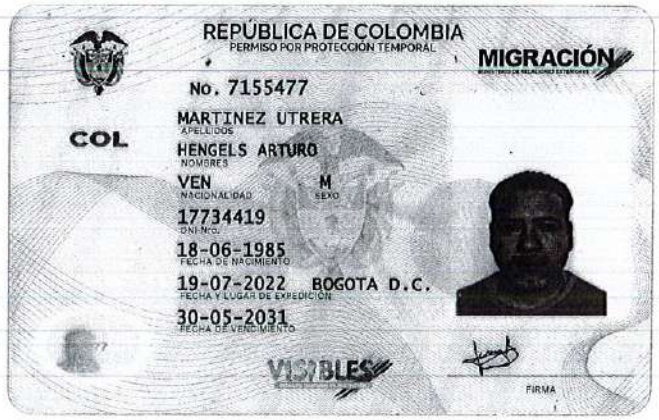
AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL
MIGRACIÓN
No. 7155477
COL
MARTINEZ UTRERA
APELLIDOS
HENGELS ARTURO
NOMBRES
VEN
NACIONALIDAD
M
SEXO
17734419
DNI-Nro.
18-06-1985
FECHA DE NACIMIENTO
19-07-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
VISIBLES
FIRMA


E2222504
INDICE DERECHO
El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia
cualquier cambio en la condición o información migratoria.
Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia
MIGRACIÓN
www.migracioncolombia.gov.co
IPCOL7155477<<0<<<<<<<<<<<<<<<
8506184M3105308VENE2222504<<<3
MARTINEZ<UTRERA<<HENGELS<ARTUR

87064

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: **2390095-2**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 375585829-3

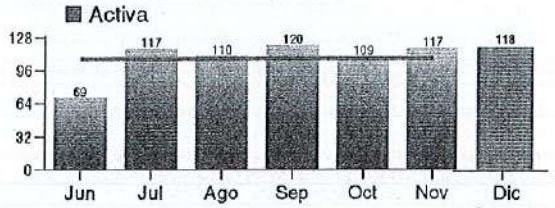
87064

CLIENTE

MARIA DENYS MENDEZ CRIOLLO
KR 87 NO 69 B 67 PI 1
TABORA FLORIDA
BOGOTA, D.C. - FLORIDA BLANCA

01 515 0161 / 288292

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $820,96

CONSUMO DIARIO: 3,69 kWh

VALOR DIARIO: $2.573

PERÍODO FACTURADO: 28 OCT/2025 A 28 NOV/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 118 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 107 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:	8,76
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005015150161
RUTA LECTURA:	35015070312
MANZANA DE LECTURA:	MS00562162
MEDIDOR NO:	288292
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: 4627TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/10 DI: 257,15 CP: 109,00000 MC: 0,00 NF: 1,00 %I: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2019 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 pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

Daviplata · dale! · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · Efecty · Reval · MOVIRED · puntored

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel Únicamente Cielo, Cimarrón y Fusagasugá

Almacenes de Cadena

SUMMO · Metro

Código QR

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

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

GRUPO: 11 CIRCUITO: FR17-4627TR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.
"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 113, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjase a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: 4f11a0d19de0d00aa4bd251fa3c8fcc5198a25a761ff37a22856bae85c9880e69eb309216691aa8b5cd4306a8e2e5f

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



FECHA GENERACIÓN: 02/12/2025 04:13:59
FECHA EXPEDICIÓN: 02/12/2025 13:05:14

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 800.321.151-0

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

4.857 - Página 1 de 2

87064

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

HC	M	FECHA
67	900255003231094	20-12-2025

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Laura		Naranja-blanco.

ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 2A	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____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
Andres David Montaña Mendivelso	CL 68Bbis No112A74	3144080750

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1.019.602.799	montanadavid144@gmail.com.

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Marandu	2	ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Bachiller. TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
07-2025	08-2025.	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:
140 l/m	22 r/m	38.1 ºc	2 seg	Rosado.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,3 ml.	0,5mg/kg IV 1mg/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	FIRMA
Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1019602799

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 **1.019.602.799**
MONTAÑA MENDIVELSO

APELLIDOS
ANDRES DAVID

NOMBRES

Andres David Montaña

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-JUN-2004**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

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

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01301840-M-1019602799-20220608 **0079700638A 1** 8504875124

Pagado 13-NOV. 2025

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:

4430387-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 372746784-9

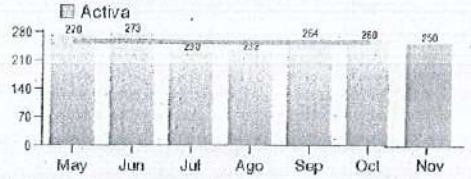
CLIENTE

CARLOS JULIO MONTANA
CL 68 B BIS NO 112 A 74 PI 3
PISO 3
BOGOTA, D.C. - MARANDU

05 509 7711 / 57654

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $820,55

CONSUMO DIARIO: 8,62 kWh

VALOR DIARIO: $5.565

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

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 250 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 255 kWh

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

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD
¡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

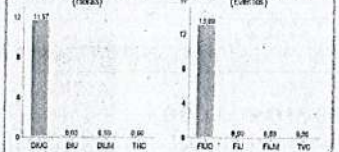
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005055097711
RUTA LECTURA:	35055171037
MANZANA DE LECTURA:	MS00566562
MEDIDOR NO:	57654
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: 464781 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0.00 DEC: 0.00
PERIODO: 2025/09 DI: 257.16 DF: 264.00000 UO: 0.00 * MF: 1.00 *d: 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/radicalenos
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 6008 (Elena Bot o paso 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 5340055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

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

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Éxito, Carulla, Surtimax, Super Inter, Super Descuento, Su Red, Reval, Supermercados Cafam, Colsubsidio, MOVIRED, Surtimax, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

Si registra un compromiso de pago, evite el desprendible del deudor. El valor del compromiso no se ve reflejado hasta el envío de archivo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: OCT/2025
G: $266,46 T: $52,87 D: $307,93 CV: $76,88 PR: $60,36 R: $26,56 CF: $0,00 / $820,65 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BJ36-4S9STR1 - - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Sobre autogeneradores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. 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 015/11 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 diríjase a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

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

FECHA GENERACIÓN: 07/11/2025 01:48:08
FECHA EXPEDICIÓN: 07/11/2025 22:19:09

CUDE: 72d1004 1d83b8e16582fa5486b41855435e29f8c763a1fc1e5d3710a285ad02b848972e6dcca95ea6df14c6503cfcf3b

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S NIT 800.099.812-8. Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

$161.380 + $0 = $161.380

PAGO OPORTUNO
19 NOV /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN O
21 NOV/2025

ENERGÍA | 4430387-0 | 03 DIC /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGIA ACTIVA FP	26.974	26.724	250	1	250	250	$820,96	$205.240
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$307,93	$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh X		Valor kWh $820,9603	X	Beneficio -41.09 %			-$43.856

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $5.565 DIARIOS

SUBTOTAL: $161.384

Otros cobros

Ajustes a la decena $-4

SUBTOTAL: $-4

Otros cobros de productos y servicios

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

(1) TOTAL ENERGÍA $161.380

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

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

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

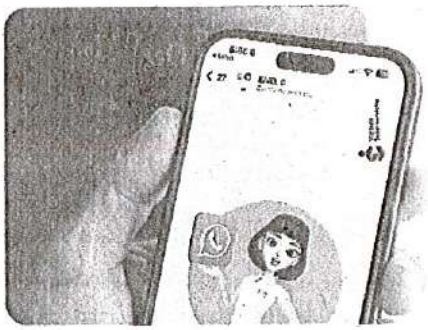
Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

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
4430387-0

Documento Equivalente Electrónico No.
372746784-9

(415)7707209914253(8020)014430387037274678493(3900)000000000161380

PAGO OPORTUNO
19 NOV /2025

TOTAL A PAGAR
$161.380

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

HC: 68 | MI: 900255003219628 | FECHA: 20-12-2024

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mila | COLOR: Calico.

ESPECIE: CANINO__ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA Mestizo | EDAD 6m | PESO: 3 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO X MIXTO OTRO____

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO X COMPRADO____ ADOPTADO____ REGALADO____ PERRO DE CUADRA____ OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Migleydis Josefina Angulo Granda. | DIRECCION: Kr 87 # 69B67 | TELEFONO: 3052096849

CEDULA: 5490097 | CORREO ELECTRÓNICO: 3052096849@sincorreo.com

BARRIO O VEREDA: Florida Blanca | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: N.R | ULT. DESPARASITACIÓN: 10-2025. | 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
140 l/m	28 r/m	38.1 °c	2 seg	Rosa.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,3 ml.	0,5mg/kg IV ~~1mg/Kg IV.~~
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	03 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	Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036
FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Magda [illegible] Mora Medica Veterinaria Universidad [illegible] T. P No. [illegible]
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:
Yuliana A	5490097

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 5490097

COL

ANGULO GRANDA
APELLIDOS

MIGLEYDIS JOSEFINA
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

180301
DNI Nro.

29-JUL-1971
FECHA DE NACIMIENTO

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

30-MAY-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES



FIRMA

Recibo Mrcelo

E0014767

INDICE DERECHO

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

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

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

IPCOL5490097<<4<<<<<<<<<<<<<<<
7107296M3105308VENE0014767<<<9
ANGULO<GRANDA<<MIGLEYDIS<JOSEF

87064

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: **2390095-2**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 375585829-3

CLIENTE

MARIA DENYS MENDEZ CRIOLLO
KR 87 NO 69 B 67 PI 1
TABORA FLORIDA
BOGOTA, D.C. - FLORIDA BLANCA

01 515 0161 / 288292

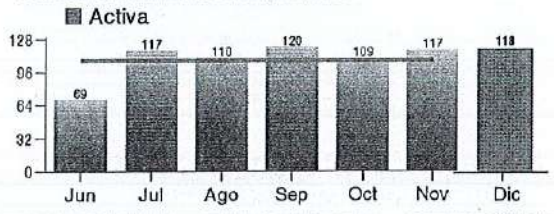
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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: 3,69 kWh

VALOR DIARIO: $2.573

PERIODO FACTURADO: 28 OCT/2025 A 28 NOV/2025

DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 118 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 107 kWh

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

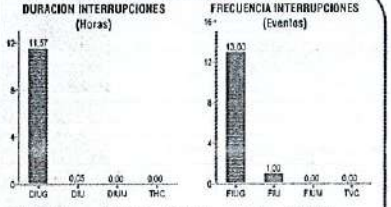
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	8,76
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005015150161
RUTA LECTURA:	35015070312
MANZANA DE LECTURA:	MS00562162
MEDIDOR NO:	288292
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 4627TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/10 DI: 257,15 CF: 109,60000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,23
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

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

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

Daviplata · Dale! · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · Refácil · Reval · Supergiros · Baloto · Su Red Efectivo · MOVIRED · puntored · Efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel Oficinamovil Chía, Girardot y Facatativá

Almacenes de Cadena

Jumbo · Metro

Código QR

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

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

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



GRUPO: 11 CIRCUITO: FR17-4627TR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información 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 CREG150/11 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: 02/12/2025 04:13:59
FECHA EXPEDICIÓN: 02/12/2025 13:05:14

CUDE: 4111a0d19de0d00aa4bd251fa3c9ffcc5193a25a761ff37a22856bae85d9980e69603092 1c69faa8b5cd4306a8e2e5f

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-6.
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

4 857 - Página 1 de 2

87064