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

HC: 01	MICROCHIP: SI Expiry-Date: 2030/09/02 900255003225359	FECHA: 27-07-26
ORIGEN : CES X PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD		

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LUNA			COLOR: Gris/Blanco
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Pitbull	EDAD 7A	PESO: 24 KG / MANEJO ESPECIAL: SI X NO ___
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X ___COMPRADO___ADOPTADO ___ _REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ruth Angelica Gomez Duarte	DIRECCION Cl 68B -103-89	TELEFONO 3102207414
CEDULA: 52173742	CORREO ELECTRÓNICO: angelgodu@yahoo.com	
BARRIO O VEREDA Villa del Mar / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnico / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 97 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 38,1 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS Rosada

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	28 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,8 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	7 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,6 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,24 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Eileen Nathaly Bedoya M.V. UNAL T.P. 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	52173742

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 **52.173.742**

GOMEZ DUARTE

APELLIDOS

RUTH ANGELICA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **21-OCT-1973**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA

B+ G.S. RH

F SEXO

09-MAR-1992 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01510525-F-0052173742-20250604 0145481522A 2 8515023939

enel Bogotá

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

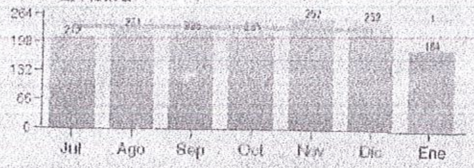
1816201-4

72865

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379304082-0

ELSY DUARTE DE GOMEZ ACTA NO 300066 CNR
CL 68 B NO 103 39
BOGOTA, D.C. - VILLA DEL MAR

02 515 8525 / 24695674



VALOR kWh APLICADO $800,09

CONSUMO DIARIO 6,13 kWh

VALOR DIARIO $3.540

PERIODO FACTURADO: 30 NOV 2025 A 29 DIC 2025

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 184 kWh

LECTURA DE TU MEDIDOR

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la App Enel Colombia o en nuestro sitio web enel.com.co.

Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	14,05
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	38006026186525
RUTA LECTURA:	35026060665
MANZANA DE LECTURA:	MS206153U2
MEDIDOR NO:	24695674
SUBCLASE:	Básica

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas) — FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)

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

¿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, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios — Red Distrital: RED CADE — Centros de Servicio: enel — Almacenes de Cadena — Código QR

Contáctanos: Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115 — 115 Gratuita las 24 horas — 601 5140066

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

En esta factura ves un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en facturas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y no afecta tus consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art. 150).

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2025
G: $286,95 T: $53,30 D: $294,84 CV: $78,01 PR: ... R: $29,15 CF: $0,00 / $800,09 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de energía eléctrica. Tarifa 11,04 por mil.

IMPORTANTE: ... www.enel.com.co ... (601) 5 115 115 ...

ENEL COLOMBIA S.A. ESP ... Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

FECHA GENERACIÓN: 03/01/2026 01:10:41
FECHA EXPEDICIÓN: 03/01/2026 18:16:13

10.189 - Página 1 de 4

CUDE: 32d7e0200d4f96ab3dce2116056f9c805cca9a2002be38a42b5ee73ac17622f7630402 6fc435187 5e66 0d1662bf0b390

No. Cuenta 1816201-4 72865

$106.970	+	$27.500	=	$134.470	PAGO OPORTUNO 14 ENE /2026
					FECHA DE SUSPENSIÓN 16 ENE/2026

ENERGÍA | 1816201-4 | 29 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real — Situación encontrada: Normal

ENERGIA ACTIVA FP	70.587	70.343	124	1	124	124	$800.63	$147.216
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$204.84	$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 100.00 kWh X		Valor kWh $800.6802	X	Beneficio 39.44 %			-$41.026

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $3.540 DIARIOS

SUBTOTAL: $106.190

Otros Cargos

Ajustes a la decena	$2
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$1.009
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-231
SUBTOTAL:	$780

Otros Conceptos de Facturación y Servicios

Asistencia Protección Luz 360	$27.500

1 TOTAL FACTURA $106.970

2 TOTAL VALOR $27.500

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

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones antes de la FECHA DE PAGO OPORTUNO, estas entrarán en mora, ante lo cual se realizará reporte negativo a las bases de información financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realice gestión de cobro

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 150 kWh/mes) es del 39.44 %

Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

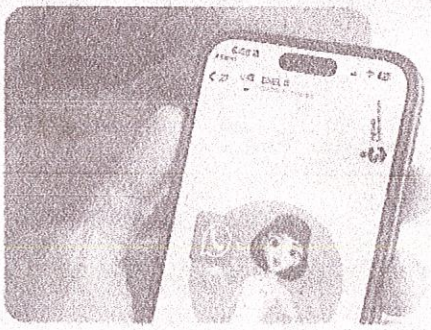
Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

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
1816201-4

Documento Equivalente Electrónico No.
379304082-0

(415)7707209814253(8020)011816201497930408(3900)000000000134470

PAGO OPORTUNO
14 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$134.470

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

HC		NO	FECHA:
02	900255003219084		21-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Gangha			COLOR: Cafe	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Pitbull	EDAD 6A	PESO: 24.3KG	MANEJO ESPECIAL: SI X NO ___
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI_____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO_____ADOPTADO ____REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jenniffer Leon Franco	DIRECCION Dg 77 No 121 D13 A 19.	TELEFONO 3166578589
CEDULA: 1.013.584.352.	CORREO ELECTRÓNICO: svet3420@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Villas de granada 1 / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Universidad NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
11-2025	11-2025.	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: 11-2025 PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
98 l/m	27 r/m	38,3 ºc	2 seg	Rosada.

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	28 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	7 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,6 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,24 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ———

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Eileen Nathaly Bedoya M.V. UNAL T.P. 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1013584352

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

Canina presenta masa en piel de 1,5 cm a nivel del flanco derecho cerca a las apófisis espinosas. Durante el procedimiento se evidencia mucometra con contenido moderado se informa, tx con enrofloxacina y metronidazol.

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 1.013.584.352
LEON FRANCO

APELLIDOS
JENNIFER

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-DIC-1986
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

28-DIC-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-8815505-01167044-F-1013584352-20201001 0071936426A 1 9913252825

39

24.3 P.

FACTURA EN LÍNEA

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



Agenda y certifica tu **Revisión Periódica Obligatoria de gas antes del 18 de enero con precio de 2025**

¡Ahórrate el incremento de tarifa del 2026!

Publicidad a cargo de las empresas que contratan el Grupo Vanti. Campaña válida entre el 15/12/2025 y 18/01/2026. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Puedes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC. Ver T&C en www.grupovanti.com/RPO

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Baloto · Bancolombia · BBVA · Nequi · dale

*Podrás adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
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.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 FOR2026026 VANTI

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

¡Hola!

CLAUDIA CECILIA ACOSTA
DG 77 121 1 D13 A19 00001 - VILLAS DE GRANADA I
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5017110-625317

Lote: P03GN **Ruta:** 0011670550210205000 **Código del Sector:** 361

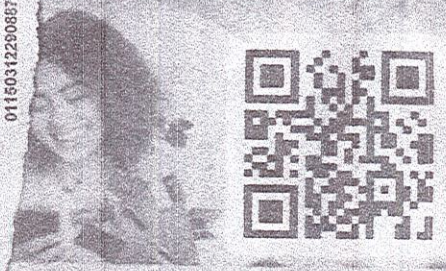
Cuenta o referencia de pago **62254214**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti Listo

TU COMPRA EMPIEZA caneando el QR!



¡Compra ya!
Fácil, rápido y listo financiando **con Vanti Listo.**

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

Remitente VANTI
CLAUDIA CECILIA ACOSTA
DG 77 121 1 D13 A19 00001
BOGOTA
Cuenta 62254214
88722

0115031229088722

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

2300 de 2023.

361 - 0011670550210205000 88722 P03GN C1

Factura de gas

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago 62254214

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
23 Ene. 2026	24 Ene. 2026	Dic. - Ene. 2025	09 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C

1 – Total $0,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

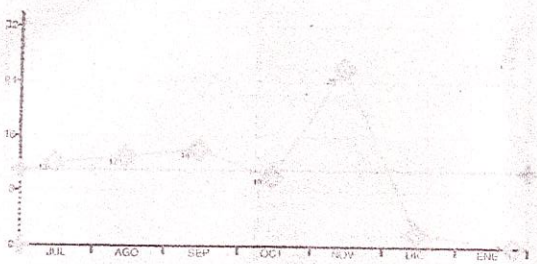
3 – Valor facturas vencidas $0,48

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$0,48**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
04 Dic. 2025	1919	REAL
06 Ene. 2026	1919	REAL

m³ corregidos= 1919 - 1919 * Factor de corrección = 0

Tu próxima lectura será Entre 01 y el 06 de Febrero

Novedades de tu factura

Costa $ 2542,88
Estimado cliente requerido que tiene entre Oct.2025 y el 31-03-2026 para realizar la Revisión Periódica. De cumplirse 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 059/2013)

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)6225421 4(3900)0000

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Mar. 2026

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente. *Resoluciones CREG de 2013 y 435 de 2017

Agenda ya tu RFO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2544.

Oct. $2748 Nov. $2742 Dic. $2571

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

Componentes tarifarios

Gm 1335.32 Tm 549.31 Dm 594.74 Cm 0.0
Pb 64.32 Cvnm 0.0 Cvim 0.0 Cvom 0.0
Cmo 0.0 Fpcm 42.475 DBUR 0.0 BALNR 0.0

Mpnf Tp consumo en m³ de gas equivalc 0
kWh y el precio unitario del kWh es $0.0

Factor de corrección

Vm 0 Kp 0.76028 Kt 1.00645 Tb 0.77122
Vc 0 Tep 13.71 Te 15.56 Pa 1.01008
Pc 0.751 Pm 0.023 P pv 1.0

Factor de corrección 0.77122

Indicadores de calidad

IRST 100.0 DES 0.0 IC 100.0 IPS 100.0





Factura No. F156737068322

88722

C1

ESP. NIT: 800.007.813-5 Vanti S.A. ESP Actividad económica principal: 4130 Gran contribuyente según Resolución 0012 de 2016 Autoretenedor de renta según Resolución 0012 de 2016 Autoretenedor de IVA según Resolución 0012 de 2016 Autoretenedor de ICA según Resolución 0012 de 2016 Régimen común según Resolución 0012 de 2016 Autoretenedor de CREE según Resolución 0012 de 2016 Autoretenedor de GMF según Resolución 0012 de 2016 Autoretenedor de ICA según Resolución 0012 de 2016 Autoretenedor de IVA según Resolución 0012 de 2016 Autoretenedor de renta según Resolución 0012 de 2016 Autoretenedor de CREE según Resolución 0012 de 2016 Autoretenedor de GMF según Resolución 0012 de 2016

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILI[illegible] CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGRA[illegible] VARIAS CPS 589-2025

Expiry-Date: 2030/09/02
900255003225477

HC: 03	MICROCHIP: SI NO		FECHA: 21-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kapra				COLOR: Blanco-cafe.	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Pitbull	EDAD 4A	PESO: 24.7KG	MANEJO ESPECIAL: SI X NO ___	
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO Y	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO____ MIXTO OTRO Barf		

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO X ADOPTADO ____REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: John Alexander Rojas Jimenez	DIRECCION Cl 70d No 111 A62		TELEFONO 3163361339
CEDULA: 79531462	CORREO ELECTRÓNICO: John.rojas@hotmail.es.		
BARRIO O VEREDA Bolivia	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 12-2025	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa N.R.	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/10/2025 HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: 10/2025.
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	96	l/m	F. RESPIRATORIA:	29	r/m	TEMPERATURA:	38,3	ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	28 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,8 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	7 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,6 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,24 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ———

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Eileen Nathaly Bedoya M.V. UNAL T.P. 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	79531462

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 79.531.462

ROJAS JIMENEZ
APELLIDOS

JOHN ALEXANDER
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-OCT-1971
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

07-SEP-1990 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

A-1500113-45149016-M-0079531462-20060706 05341 06187B 02 185330154

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: **1614178-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379585660-7

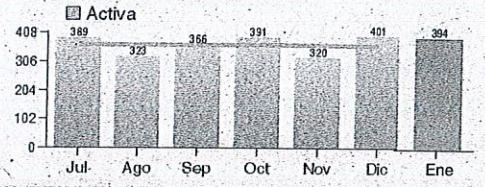
CLIENTE

MIGUEL ANTONIO ROMERO
CL 70 D NO 111 A 62
BOGOTA, D.C. - BOLIVIA

04 506 0992 / 18337655

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $785,09

CONSUMO DIARIO: 12,71 kWh

VALOR DIARIO: $8.719

PERÍODO FACTURADO: 03 DIC/2025 A 02 ENE/2026

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 394 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES. 365 kWh

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

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la **App Enel Colombia** o en nuestro **sitio web enel.com.co.**

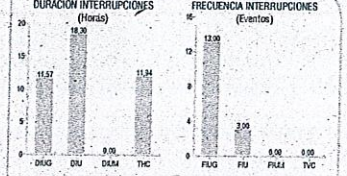
Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	6,08
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005045060992
RUTA LECTURA:	35045110946
MANZANA DE LECTURA:	MS20610107
MEDIDOR NO:	18337655
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 8996TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/11 DI: 254,91 CF: 320,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 *Lt: 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
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

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

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

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

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecti, Raval, Red Multiservicios, Supergiros, Servicios Postales Nacionales, MOVIRED, Gana, 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: DIC/2025
G: $297,05 T: $54,14 D: $289,66 CV: $75,80 PR: $59,75 R: $18,70 CF: $0,00 / $785,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL39-8996TR1- - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pagó 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 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. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



En esta factura ves un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y no afecta tus consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art 150).

FECHA GENERACIÓN: 06/01/2026 01:55:10
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 15:47:10

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

CUDE: 41acc6596ccaddf1203617f168773adf9703e33251ae07d64da90633db5b2803a74e45b084315 02fe8095b605ed058

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

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
04	900255003219749	27-07-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Vivi		Amarillo / Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO___ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA	EDAD	PESO:	MANEJO ESPECIAL:
	Mestizo	10 M	14.9 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
Carolina Beltran Ariza	Cl 70B # 113-32	3209432277

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
52463285	carolinab1978@hotmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
La Riviera	2	

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
OCT/25	OCT/25	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: 04-05-25 HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: NOV/25
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
92 l/m	27 r/m	38,1 ºc	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,8 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,8 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	V2463285

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.463.285**

BELTRAN ARIZA
APELLIDOS

CAROLINA
NOMBRES

FIRMA



16



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-MAR-1978**

GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-NOV-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00714234-F-0052463285-20150611 0044471057A 1 1273421143



aseo

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

Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
11492653

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
17834946513

BOGOTÁ
SDT144843-S

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

Datos del usuario

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

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
36.296,84	16.826,56	154.680,98

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Atrasadas - no atrasadas
0.0656	0.0380

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$44.440	$42.393	$43.801	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$272,55	Ajuste a la decena -crédito-	$3.-
Subsidio	$29.102-		

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$43.650
Aporte (+)	00%	Total ingresos del período	$43.650
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la EAAB en el período actual	

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: C2 RUTA: C22112

BIMESTRAL

11492653
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17834946513
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado OCT/11/2025 - DIC/10/2025

Pago oportuno ENE/19/2026

Suspensión ENE/22/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
MAR/09/2026	ENE/03/2026 07:00:40	ENE/03/2026 09:12:43

¡Hola!

Factura a nombre de
SANDRA MIREYA LOPEZ PARADA

Dirección del predio
CL 70B 113 32

Barrio: LA RIVIERA Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

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

Datos de tu medidor
Marca G2 MISURATORI **Tipo** VELO015R200
Serie 24-699854 **Diámetro pulgadas** ½

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

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

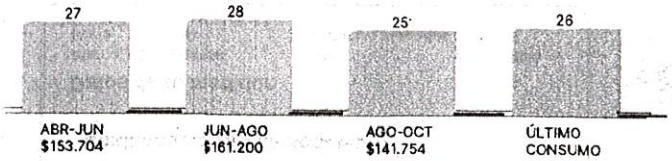
Llámanos **116** Acueducto **110** Aseo

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

cadena. Nit. 890.930.534-0 • 15/12/2025_01:01

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 27 m³



En este periodo consumiste más agua que en el anterior

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

En este período 26.000

Promedio al día 426

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	145	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	119	Base promedio	
Tu consumo este período	26	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	G2 MISURATORI	Tipo	VELO015R200
Serie	24-699854	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Aprovechar el agua lluvia para regar tus plantas.
- Reutilizar el agua del enjuague de la lavadora para labores de aseo.
- Revisar que las tuberías de tu casa o negocio no tengan fugas o escapes.

Tu cobro en este período

Acueducto (A)	+	Alcantarillado (B)	+	Otros cobros (C D E F)	+	Aseo (G)
$76.181,78		$74.387,62		$23.611-		$43.650

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** $170.608

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 5c87d29604ccb42ce4efa9a2601c82b27ebe6e7c51ebc020e68195c68da1ed8739b3e6e7e428c9dbd251f1cd013266a6

DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.795,62	-40	$7.837-	$5.877,37	$11.754,24
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.745,79	-40	$32.963-	$2.247,47	$49.444,38
Consumo residencial superior básico (m³)	4,00	$3.745,79		$0	$3.745,79	$14.983,16
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$40.800-		$76.181,78

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.656,05	-40	$3.725-	$2.793,63	$5.587,10
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$4.000,02	-40	$35.200-	$2.400,01	$52.800,44
Consumo residencial superior básico (m³)	4,00	$4.000,02		$0	$4.000,02	$16.000,08
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$38.925-		$74.387,62

* 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)	$18,93	$54,34
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$416	$1.415

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	$1
D-ben. min. vital total	$28.970-
Intereses financiación	$3.358
Subtotal	23.611-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

puntopoy tpaga RappiPay Nequi Claro Pay ualá dale!

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto pago efecty puntored FARMATODO OXXO

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
$43.650

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

(415)7707290489996(8020)178349465133(3900)000000043650

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$126.958

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

(415)7707290485271(8020)178349465130(3900)000000126958

26750

125508 6181

Alcaldía Local de Engativá

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

HC Número de Historia clínica: 05	MICROCHIP: 900255003219741	FECHA: 27-07-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mia				COLOR: Beige	
ESPECIE: CANINO X FELINO ____ SEXO: HEMBRA X MACHO		RAZA Mestizo	EDAD 2A	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 ____ MIXTO X OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X _REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gina Paola Peñaloza Tijaro		DIRECCION Kr 120A # 70C 20	TELEFONO 3045390475
CEDULA: 1014198032		CORREO ELECTRÓNICO: Gifiera1@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA La Faena	ESTRATO: 2.	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller N3/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa Oct/23	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa N/R	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
92 l/m	28 r/m	38,1 ºc	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: ~~~

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,7 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	~~~ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	~~~ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 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	Dra. Eileen Nathaly Bedoya M.V. UNAL T.P. 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Afonso Ferro MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Gina Rendon.	1014198032.

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.198.032

PEÑALOZA TIJARO
APELLIDOS

GINA PAOLA
NOMBRES

FIRMA

13



FECHA DE NACIMIENTO 12-ENE-1989
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

14-FEB-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500110-45160173-F-1014198032-20070619 01167 07170A 02 238306423

Inscríbete para tener **tu factura** de manera digital



Escanea el código QR, diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.



Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

vanti. Más formas de avanzar
Pago único de varias facturas

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*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: **01 8000 919 052** Móvil: **164**

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

Si no cancelas tu factura por fuera de los días de pago y deseas no ser reportado a centrales de riesgo, puedes acercarte a nuestras oficinas y solicitar el servicio de suspensión temporal. Para ello, debes cancelar el valor de la factura del mes en curso y el valor de la reposición del servicio. Si no estás de acuerdo con el valor facturado, puedes presentar 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.

¡Hola!

YOLANDA ESTHER BERGAÑO DE ALZATE
KR 120A 70C 20 00001
000000

vanti
Más formas de avanzar

Medidor Gas N° 5187101-256868

Cuenta o referencia de pago **64012398**

vanti Listo

Compra televisores, celulares, estufas, motos, computadores y mucho más, pagándolo a través de tu factura de gas.

Tu cupo de crédito aprobado
0



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

Oficina virtual
www.grupovanti.com/oficinavirtual

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

Lote P12G Ruta 00117600465300O Código del sector 412

Factura de gas

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago **64012398**

Vigilado Superservicios

NIT:8000078135
VANTI S.A. ESP

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
09 Ene. 2026	10 Ene. 2026	Nov. - Dic. 2025	23 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	14M3	2.570,50	0,00	35.987,00
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	2.934,15	0,00	58.683,00
MENOS SUBSIDIO (33%)	1UN	-19.482,76	0,00	-19.482,76
AJUSTE DECENA	1UN	3,12	0,00	3,12
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudor	1UN	18.070,00	0,00	18.070,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRAVADO	1UN	99.493,31	0,00	99.493,31

1 — Total 192.753,67

Forma de pago Crédito 17 días Fecha de generación 23 Dic. 2025 a 09:28:24

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.78 % V-Movilidad Vanti	1/42	90.606,33	99.493,31	90.606,33

2 — Total 90.606,33

Factura electrónica de venta F1587291950

3 — Valor facturas vencidas

0,00

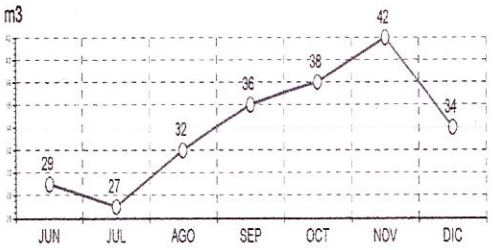
Total a pagar 1 + 2 + 3

283.360,00

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencia Estrato/Cat. Dos Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
17 Nov. 2025	9.600	REAL
16 Dic. 2025	9.644	REAL

m^3 corregido = 9644 - 9600 * Factor de corrección = 34

Tu próxima lectura será

Entre 13 y el 18 de Enero

Novedades de tu factura

CuVa $ 2570.50

(415)7709998026025(8020)64012398(3900)00000000283360

Revisión Periódica Obligatoria

Fecha próxima revisión

30 Jun. 2028

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse cada 5 años (Resolución 059 de 2012).

Tarifas

El valor del m^3 de gas este mes es de $2571.

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1.324,73 Tm: 582,57 Dm: 598,11 Cm: 0,00
Jp: 65,09 Cvm: 0,00 Cufm: 0,00 Cuvm: 0,00
Ccm: 0,00 Fpcm: 42,51 DAUR: 0,00 DAUNR: 0,00
Mj/m^3 Tu consumo en m^3 de gas equivale: 402
kWh y el precio unitario del kWh es: 187,03

Factor de corrección

Vm: 44 Kp: 0,76727 Kt: 1,00634 Ft: 0,77213
Vc: 34 Tm: 13,74 Te: 15,56 Pe: 1,01008
Pa: 0,75200 Pm: 0,02300 F^1pv: 1,00
Factor de corrección: 0,77213

Indicadores de calidad

IRST: 100,00 DES: 0,00 IO: 100,00 IPII: 100,00



Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4959 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764091267057 del 31/03/2025. Facturación electrónica desde N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUIR 2-11001900-6. VANTI S.A. ESP. NIT: 800 007 813-5 - Revisor fiscal

Alcaldía Local de Engativá

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

HC Número de Historia clínica: 06	900255003231453	FECHA: 21-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna				COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO _____ SEXO: HEMBRA X MACHO		RAZA Mestizo	EDAD 6 A	PESO: 29 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: Jhonnathan Alexander Olaite Soche	DIRECCION Kra 111C No 69d 30	TELEFONO 3107581594
CEDULA: 1.014.259.254.	CORREO ELECTRÓNICO: alexanderjaos@outlook.com	
BARRIO O VEREDA Bolivia	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
10-2025	11-2025.	**CANINOS** PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/11/aa2025 .
		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 X II. III. IV. V. VI. E.	CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 97 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 38,1 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS Rosadas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	3,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	——— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	1. ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	——— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,29 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 existencia de [illegible]

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Edecia Nathaly Bedoya M.V. UNAL T.P. 27701 — FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Ferrer MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441 — FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1014257754.

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.014.257.254**

OLARTE SOCHE

APELLIDOS

JHONNATHAN ALEXANDER

NOMBRES

Jonathan olarte

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-AGO-1994**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-AGO-2012 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÒN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00399341-M-1014257254-20120913 0031115318A 1 38490829

enel Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2426943-2**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379569858-0

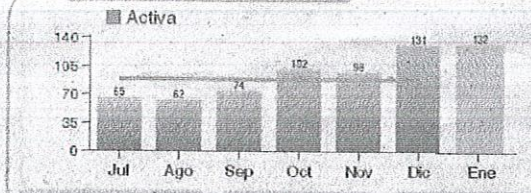
CLIENTE

CONSTRUCTOR MARVAL SA
KR 111 C NO 69 D 30 AP CA 62
UB VILLA ALAMOS MZ 2
BOGOTA, D.C. - BOLIVIA

04 506 1381 / 941669

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $733,05

CONSUMO DIARIO: 4,26 kWh

VALOR DIARIO: $1.973

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 99 kWh

PERÍODO FACTURADO: 03 DIC/2025 A 02 ENE/2026

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 132 kWh

Entérate más sobre la LECTURA DE TU MEDIDOR y el CONSUMO promedio aquí. Encuentra más información en www.enel.com.co

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la App Enel Colombia o en nuestro sitio web enel.com.co.

Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.

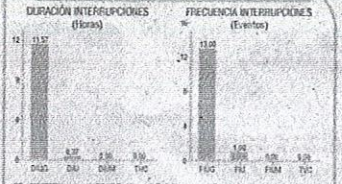


INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005045061381
RUTA LECTURA:	35045111379
MANZANA DE LECTURA:	MS20610104
MEDIDOR NO:	941669
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE 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: 4560370 GRUPO: 11 HC: 8,00 VC: 8,00 CSC: 8,00
PERIODO 2025/11 DI: 211,74 CF: 80,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %t: 0,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

CONTÁCTANOS

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

ENERGÍA DENTRO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	CONJUNTAS
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

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel Colombia Chile, Gravidad y Facatativá

Almacenes de Cadena
Jumbo

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: DIC/2025
G: $287,05 T: $54,14 D: $237,62 CV: $75,80 PR: $99,75 R: $18,70 CF: $0,00 / $733,05 Costo kWh Mes

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



En esta factura ves un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y no afecta tus consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art 150).

FECHA GENERACIÓN: 06/01/2026 01:58:05
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 17:06:12

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL33-R3037R1 - - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Cliente
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mi. 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 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 Enel (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.

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

Revisa insertos por Correo Electrónico de Comunicación SAS NIT 800.096.812-4

Total Energía	Portafolio Enel X	Total a pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$61.390	$0	$61.390	16 ENE /2026	20 ENE/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 2426943-2

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 02 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO DE CONSUMO(S) DE ENERGÍA	Lectura Actual		Lectura Anterior		Diferencia de lectura		Factor		Energía Consumida (kWh)		Energía Facturada (kWh)		Valor Unitario		Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	30.177	-	30.045	=	132	X	1	=	132	-	132	X	$733,05	=	$96.762
ENERGÍA REACTIVA	0	-	0	=	0	X	0	=	0	-	0	X	$237,62	=	$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh			X	Valor kWh $733,0468		X		Beneficio -37,34 %						-$35.584

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.973 DIARIOS

SUBTOTAL: $61.178

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$2
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$350
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-140
SUBTOTAL:	**$212**

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA: $61.390

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

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

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

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 -37,34 %

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
2426943-2

mento Equivalente Electrónico No.
379569858-0

(415)7707209914253(8020)012426943237956985 80(3900)00000000061390

PAGO OPORTUNO
16 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$61.390

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

HC	07	900255003219100	NO	FECHA: 21-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kira			COLOR: Blanco cafe
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Pincher	EDAD 4A	PESO: 2-2 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO__
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO Y	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____CONCENTRADO ____ MIXTO OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO ____REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Juis Alfonso Cusba Cusba	DIRECCION CL 69 No 111A53	TELEFONO 3108043419
CEDULA: 80171492	CORREO ELECTRÓNICO: luiscusba8@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Bolivia / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud.

ULT. CELO: 06-2025	ULT. DESPARASITACIÓN: N.R	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: 17-12-2025
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 38,1 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,15 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	Dra. Eileen Nathaly Bedoya M.V. UNAL T.P. 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	80 171492

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

Paciente en estro, Utero friable, fácil rasgado.

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

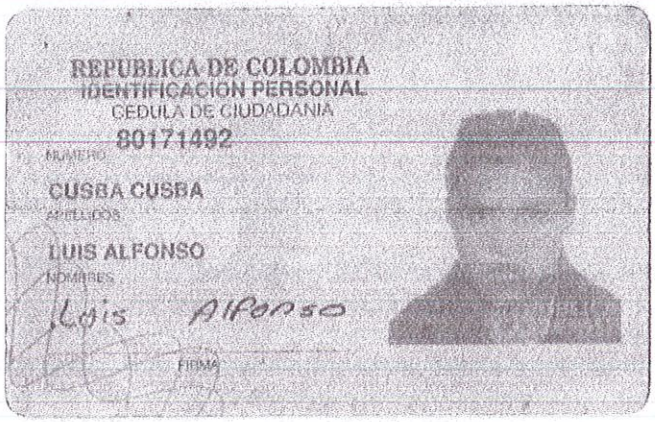
AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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
80171492
NUMERO
CUSBA CUSBA
APELLIDOS
LUIS ALFONSO
NOMBRES
Luis Alfonso
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-ABR-1982
SANTAFE DE BOGOTA DC
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
15-MAY-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO
P-1500110-43083641-M-0080171492-20001019 02554 00203A 01 002627284

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3795

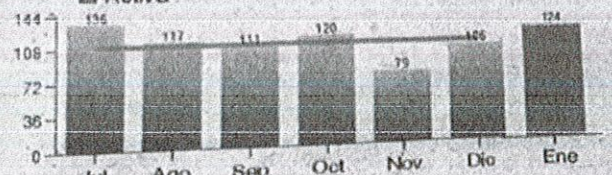
CLIENTE

ADRIANA CARVAJAL
CL 69 NO 111 A 53
BOGOTA, D.C. - BOLIVIA

04 507 3047 / 25472908

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $785,09

CONSUMO DIARIO: 4,00 kWh

VALOR DIARIO: $1.930

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 112 kWh

PERÍODO FACTURADO: 03 DIC/2025 A 02 ENE/2026

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 124 kWh

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

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la App Enel Colombia o en nuestro sitio web enel.com.co.

Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005045073047
RUTA LECTURA:	35045150731
MANZANA DE LECTURA:	MS20610154
MEDIDOR NO:	25472908
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 9001781 | GRUPO: 11 | HC: 0,00 | VC: 0,00 | CEC: 0,00
PERIODO: 2025/11 | Dt: 204,91 | Cf: 79,00000 | MC: 0,00 | MF: 1,00 | %I: 0,20

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

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

Tarifas 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 | @EnelClienteCO

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?

App Banco | Internet | Teléfono Banco | Débito Automático | Cajero Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de pago Ordina | Botón de Pago Bancolombia

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Daviplata | dale! | MOVII | Nequi | tpaga

Código QR

Corresponsales Bancarios

CONRED | efecti | Reval | TODO | MOVIRED | Su Vecino | Efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel — Quioscos Cide, Gherardi y Puntofrío

Almacenes de Cadena

Cuantico | Alkosto

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.



En esta factura ves un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y no afecta tus consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art 150).

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

G: $287,05 T: $54,14 D: $269,66 CV: $75,80 PR: $59,75 R: $18,70 CF: $5,00 / $785,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL39-9001TR1- - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ent. 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."

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.

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

En cumplimiento de la resolución CREG 0156/11 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. E.S.P. prestará 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 servicio de recaudo; ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con el servicio de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. Impuesto sobre las ventas por pagar Empresa

FECHA GENERACIÓ 06/01/2026 01:56:3
FECHA EXPEDICIÓ 06/01/2026 16:53:5

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

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
08	Expiry-Date:2030/09/02 900255003231460	27-07-26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
AURÚ		Blanco - Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO___ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Husky	EDAD 3A	PESO: 19. KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

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

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
LUIS Hernando Martinez Ruiz	Cl 71 # 111A 65.	3142401922

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
3.226.791	henanruiz73@gmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
Bolivia	2	

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
98 l/m	29 r/m	38,1 ºc	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	7.9 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	7.9 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,19 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	Dra. Eileen Nathaly Bedoya M.V. UNAL T.P. 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Ferro MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 3226791

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 3.226.791
APELLIDOS MARTINEZ RUIZ
NOMBRES LUIS HERNANDO
FIRMA

34



FECHA DE NACIMIENTO 13-OCT-1953
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
05-DIC-1974 USAQUEN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
A-1500110-45119372-M-0003226791-20031211 0124603345P 02 152208556

63133

enel Bogotá

Enel COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 900.059.875 - 0
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

1741187-0

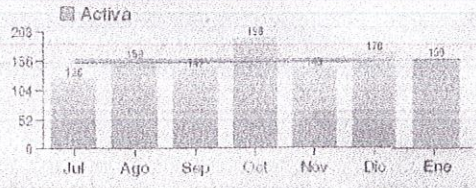
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379565011-0

63133

JUAN DE JESUS PIEROS
CL 71 NO 111 A 65
BOGOTA, D.C. - BOLIVIA

04 506 0686 / 22857181

3A



VALOR kWh APLICADO
$765,09

CONSUMO DIARIO:
5,13 kWh

VALOR DIARIO:
$3.763

PERIODO FACTURADO:
03 DIC/2025 A 02 ENE/2026

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES
159 kWh

¡Este mes ingresamos acorde a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu consumo de energía está reportado dentro de la factura!

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

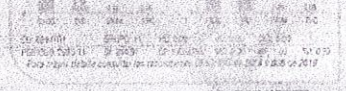
Evita que tu consumo de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la App Enel Colombia o en nuestro sitio web enel.com.co.

Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	9,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005045060898
RUTA LECTURA:	35045110664
MANZANA DE LECTURA:	MS20610111
MEDIDOR NO:	22857181
SUBCLASE:	Básica



Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

115 Ordena tu factura en 24 horas

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

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Otras Formas Virtuales

Canales presenciales Bancarios

Red Baloto

Centros de Servicio

Corresponsales Bancarios

Autoservicios de Recaudo

Inscríbete a la factura virtual enel y aprovecha los beneficios.



En esta factura verá un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y no afecta sus consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art 150).

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2025
G: $297,65 T: $54,14 D: $269,68 CV: $75,93 PR: $58,75 R: $10,70 CP: $0,00 / $782,98 Costo kWh Mes

FECHA GENERACIÓN:
06/01/2026 01:59:06
FECHA EXPEDICIÓN:
06-01/2026 15:38:14

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación en el(01)6015115115 - Nombre del SW: CENAnuncio - NIT 830.321.151-9

2 723 - Página 1 de 2

Alcaldía Local de Engativá

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

HC	MICROCHIP: SI 900255003219095	FECHA:
09		27-07-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Molly			COLOR: crema	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 7 M	PESO: 8.9 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 ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO nacio en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Gustavo Parada Sanabria	DIRECCION cl 70c # 111c-90	TELEFONO 3704755453
CEDULA: 3602203	CORREO ELECTRÓNICO: gabrielaparlop@gmail.com	
BARRIO O VEREDA La Riviera	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:
Enero 2026	DIC/25	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: 20 Sept 25
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
92 l/m	29 r/m	38.1 ºc	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,4 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,6 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,35 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	Dra. Eileen Nathaly Bedoya M.V. UNAL T.P. 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	3.602.203

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 ☐

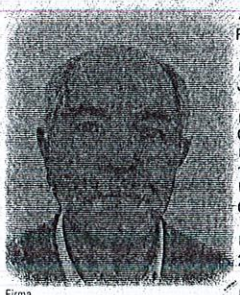
ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR ☐ DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 3.602.203



Apellidos
PARADA SANABRIA

Nombres
JOSE GUSTAVO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.71	M

Fecha de nacimiento — G.S.
16 AGO 1943 — O+

Lugar de nacimiento
CIENEGA (BOYACA)

Fecha y lugar de expedición
20 DIC 1965, SANTO DOMINGO

Firma

Fecha de expiración
10 NOV 2033

.CO

033332130

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL033332130001253<<<<<<<<<<
4308162M3311101COL3602203<<<<7
PARADA<SANABRIA<<JOSE<GUSTAVO<

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 25 m³

23	26	25	26
ABR-JUN $123.621	JUN-AGO $146.161	AGO-OCT $141.754	ÚLTIMO CONSUMO

En este periodo consumiste más agua que en el anterior

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
26.000	426

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	1835	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1809	Base promedio	
Tu consumo este período	26	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	WATERTECH ITALIA	Tipo	VELO015T2
Serie	11-1303512	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Aprovechar el agua lluvia para regar tus plantas.
- Reutilizar el agua del enjuague de la lavadora para labores de aseo.
- Revisar que las tuberías de tu casa o negocio no tengan fugas o escapes.

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros	+	Aseo
$76.181,78		$74.387,62		$26.969-		$87.310
A		B		C D E F		G

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

Consulta el detalle atrás

Escanea y paga virtual

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

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

= **Total a pagar** $210.910

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 4512f27d68eb9ddc1ef1e0d71ebcca9fa76e91fa6515dd9f2a101ac4c9413707cc3276e94a89be3e90664b47cbddc8a0

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.795,62	-40	$7.837-	$5.877,37	$11.754,24
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.745,79	-40	$32.963-	$2.247,47	$49.444,38
Consumo residencial superior básico (m³)	4,00	$3.745,79		$0	$3.745,79	$14.983,16
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$40.800-		$76.181,78

B Alcantarillado

	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.656,05	-40	$3.725-	$2.793,63	$5.587,10
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$4.000,02	-40	$35.200-	$2.400,01	$52.800,44
Consumo residencial superior básico (m³)	4,00	$4.000,02		$0	$4.000,02	$16.000,08
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$38.925-		$74.387,62

* 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)	$18,93	$64,34
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$416	$1.415

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

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$1
D-ben. min. vital total	$26.970-
Subtotal	26.969-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE Consulta direcciones y horarios de atención en: www.bogota.gov.co/servicios/cades — La EAAB ESP solo tiene convenios con los siguientes bancos: Popular, Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y City

Aseo
Valor a pagar
$87.310

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

(415)7707200489996(8020)192012196154(3900)000000087310

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$123.600

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

(415)7707200465271(8020)192012196154(3900)000000123600

7199

858754

cadena.

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.

¡Hola!

Factura a nombre de
JOSE GUSTAVO PARADA

Dirección del predio
CL 70C 111C 90 PI 2

Barrio: LA RIVIERA Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca WATERTECH ITALIA Tipo VELOCITZ
Serie 11-130312 Diámetro pulgadas ¾

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

acueducto AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: C2 RUTA: C22088D BIMESTRAL

Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
11289104

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
19201219615

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Periodo facturado OCT/11/2025 - DIC/10/2025

Pago oportuno ENE/19/2026 Suspensión ENE/22/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generacion factura	Fecha y hora de expedicion factura
MAR/09/2026	ENE/03/2026 07:00:06	ENE/03/2026 09:31:22

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

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

aseo

Periodo facturado Aseo
NOV/01/2025 - DIC/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
0.0656	0.0380

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$44.440	$84.787	$87.603	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

11289104
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

19201219615
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 901144843-9

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
72.593,68	33.653,12	154.680,98

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$145.511	Ajuste a la decena -debito-	$3
Subsidio	$58.204-		

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$87.310
Aporte (+)	00%	Total ingresos del periodo	$87.310
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

FIAV Festival Internacional de Artes Vivas
Conoce más en www.fiavbogota.com
#BogotáVive

LA VIDA FLUYE EN DOS FORMAS:
EN GOTAS Y EN ESCENAS
El Acueducto de Bogotá y el FIAV Bogotá te invitan a que dejes fluir la cultura por tus sentidos

Presenta esta factura y desbloquea un
10% de descuento
para vivir la magia de las artes vivas en las funciones de La Plaza Cultural Santamaría

Cámbiate a la factura virtual de la EAAB

Aliado estratégico CO·CREA
Organizan: Cultura | Cámara de Comercio de Bogotá | BOGOTÁ

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

Expiry-Date: 2030/09/02
900255003219082

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
10		27-07-26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:
Polola	amarillo / Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA MESTIZO	EDAD 7A	PESO: 21 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
Angie Lorena Mora Jaimoy	Dg 67B # 113 F 16	3242577071

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1233696518	angie.morita62@hotmail.com.

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Centro Engativa	2	ENGATIVÁ

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
DIC/25	N/R	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: MAYO/25 HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: JULIO/25
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
96 l/m	28 r/m	38,2 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	25 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
	Mezcla	0,8 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	7 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,21 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
Valentina Alcalá Ferro MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Angie Mora	1233696518

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 **1.233.696.518**

MORA JUAJINOY

APELLIDOS

ANGIE LORENA

NOMBRES

Angie Mora

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **24-NOV-1999**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

19-DIC-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00968170-F-1233696518-20180110 **0059**109134A 1 48644365

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

1664251-3

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379806776-0

CLIENTE

MATILDE LEONOR MARTINEZ DE JUAJINOY
DG 67 B NO 113 F 16
BOGOTA, D.C. - CENTRO ENGATIVA II

05 507 6343 / 1021335

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

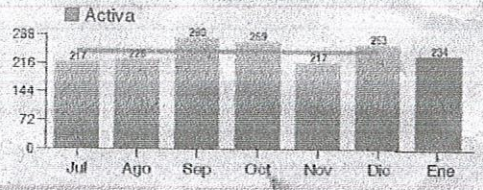
Evita que tu consumo de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la App Enel Colombia o en nuestro sitio web enel.com.co.

Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



Provisión Tecnológica: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $785,09

CONSUMO DIARIO: 7,55 kWh

VALOR DIARIO: $4.667

PERÍODO FACTURADO: 04 DIC/2025 A 03 ENE/2026

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 234 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES 245 kWh

Este mes tuviste 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:	30005055076343
RUTA LECTURA:	35055120177
MANZANA DE LECTURA:	MS00566701
MEDIDOR NO:	1021335
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE 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: 4052781 GRUPO 11 FC: 0,00 MC: 0,00 CFC: 0,00
PERIODO: 2025-11 DI: 254,91 LR: 217,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 Sd: 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/facturacion

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

318 800 8003 (Elena Bot o pasa Asesor)

Enel Colombia @EnelColombiaCO

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca	Gratuito en 24 horas	Denuncias
601 5 115 115	115	601 6140065 denuncias@enel.com

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: Red Multicolor, Efecty, El Ravel, Movired

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel Oficinas Cliente, Citycluster y Personalizado

Almacenes de Cadena: Makro, Metro

Código QR

Si tuviste un corresponsal bancario, exige el desprendible del pantallazo. El recibo del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

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

G: $257,05 T: $54,14 D: $269,66 CV: $75,80 PR: $59,75 R: $18,70 CF: $0,00 / $785,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL56-4927181 - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

COMUNIDAD ECONÓMICA 5514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ins. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 153 DE 1999.

Para 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

De cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2018, 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 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 servicios, 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.

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



Factura impresa por Operador Solucionamos S.A.S. NIT 830.041.832-6

En esta factura ves un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y no afecta tus consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art 150).

FECHA GENERACIÓN: 07/01/2026 02:14:03
FECHA EXPEDICIÓN: 07/01/2026 14:49:23

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

HC: 11	MICROCHIP: SI Expiry-Date:2030/09/02 900255003225348		FECHA: 27-01-26

ORIGEN : CES X PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: OZZY			COLOR: amarillo
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1A	PESO: 14.3 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: Miguel Angelo Monsalve Mayorquin	DIRECCION: Cl 70A Bis 113A 29	TELEFONO: 3125217968
CEDULA: 1022346756	CORREO ELECTRÓNICO: angelomayorquin@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: La Riviera	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL ___	

3. ANAMNESIS

Buena salud.

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/R	NOV/26	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: 08 Dic/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:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
92 l/m	28 r/m	38,2 ºc	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,8 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	ATROPINA	0,4 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	4 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,14 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Eileen Nathaly Bedoya M.V. UNAL T.P. 27701	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA	

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Miguel M.	1022396756

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 1.022.346.756



Apellidos
MONSALVE MAYORQUIN

Nombres
MIGUEL ANGHELO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.69

Sexo
M

Fecha de nacimiento
29 MAR 2006

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fechá y lugar de expedición
01 ABR 2024, BOGOTA D.C.

Firma
Miguel M

Fecha de expiración
01 ABR 2034

.CO

044774026

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL044774026215001<<<<<<<<<<<
0603294M3404012COL1022346756<3
MONSALVE<MAYORQUIN<<MIGUEL<ANG

71175

enel | Bogotá

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

1939088-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379805040-2

JOEL SANCHEZ
CL 70 A BIS NO 113 A 29 AP 100
PISO 1
BOGOTA, D.C. - LA RIVIERA

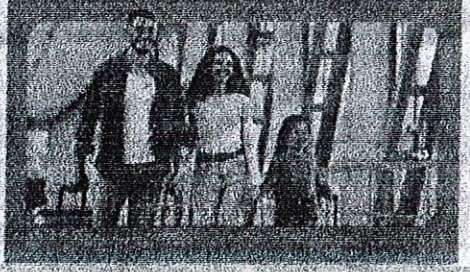
05 509 9528 / 1009907

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

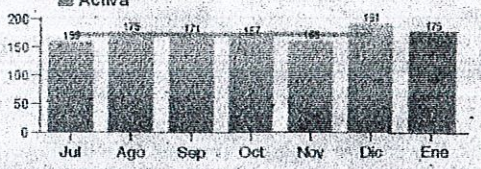
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la App Enel Colombia o en nuestro sitio web enel.com.co.

Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $785,09

CONSUMO DIARIO: 5,65 kWh

VALOR DIARIO: $3.173

PERÍODO FACTURADO: 04 DIC/2025 A 03 ENE/2026 | DÍAS FACTURADOS: 31 | CONSUMO MES: 175 kWh

LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO

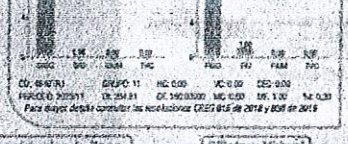
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005055099528
RUTA LECTURA:	35055120845
MANZANA DE LECTURA:	MS00567047
MEDIDOR NO:	1009907
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE 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



Para dudas desde consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 016 de 2019

CONTÁCTANOS

Peticiones y notificaciones enel.com.co/es/personas/tu/Empresas
Chat de servicios enel.com.co/es/personas/tu/chat-de-atencion
336 560 8003 (Línea Bogotá o para Asesor)
Enel Colombia | @EnelColombiaCO
Registrate gratis
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 atencionenel.com
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

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

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, El Reval, NOVIRED

Red Dispersa: RED CADE, enel Corresponsales Cash, Efectivo y Payments

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

Código QR

Si abonos en los corresponsales bancarios, aplica el descuento de los descuentos. El valor del corresponsal no es un acuerdo y válido en caso de negarlo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2025
G: $267,05 T: $54,14 G: $259,66 CV: $75,89 PR: $59,75 R: $18,79 CF: $0,00 / $785,09 Costo kWh $/es

Consumo: 11 CONSUMO: 03/05/2025 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 9614 Comercializador de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Sujetos autoretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos 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 red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP., Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el acta de suspensión proceso el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa dentro de la oportunidad 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 prestó el servicio de acuerdo para entrega a partir de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Energías de Colombia), de acuerdo con la aplicación 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

En esta factura ves un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y no afecta tus consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art 150).

FECHA GENERACIÓN: 07/01/2026 02:17:44
FECHA EXPEDICIÓN: 07/01/2026 14:02:15

CUDE: b18b9763a66e2b61feca2a63a94ba141ef62ae56c81221ec7b4eae10cf5835f51369268e9a4faa052bc499be7288d0c4681

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios BAS BIC - Nombre del SW: GENFinanciero - NIT 860.821.151-0

19.133 - Página 1 de 2

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.212-4

71175

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

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
12	900255003225358	27-07-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Venus		amarillo / Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA	EDAD	PESO	MANEJO ESPECIAL:
		Mestizo	7A	14.8 KG	SI NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO CONCENTRADO 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
Luis Alejandro Acevedo Pedreros	Dg 75 C Bis A 96 A-24	3144066403

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
7075468529	laacevedoPedreros@gmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
El Madrigal	3	ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: ~~NS/NR.~~ Profesional TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Enero 10/26	Enero/26	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa 5en/25 HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 5en/25
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
90 l/m	30 r/m	38,1 ºc	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,8 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,4 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,15 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
Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	

Autoridad Local de Seguridad

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:
Alejandro Acevedo P.	1015468529

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro Identificación: FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.015.468.529

ACEVEDO PEDREROS

APELLIDOS

LUIS ALEJANDRO

NOMBRES

Alejandro Acevedo P.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-MAY-1997

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

12-MAY-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00716296-M-1015468529-20150619 0044525516A 1 42409366

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.



vanti

Agenda y certifica tu **Revisión Periódica Obligatoria de gas** antes del **18 de enero con precio de 2025**

¡Ahórrate el incremento de tarifa del 2026!

*Publicidad a cargo de las empresas que conforman el Grupo Vanti. Campaña válida entre el 15/12/2025 y 18/01/2026. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Puedes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC. Ver Tyc en www.grupovanti.com/RPO

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Baloto · Bancolombia · BBVA · Bancolombia · Nequi · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

¡Hola!

ORLANDO DE JESUS PALACIO
DG 75C BIS A 96A 24 - EL MADRIGAL
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5067199-47802

Lote: P03GN **Ruta:** 0011670180160005010 **Código del Sector:** 363

Cuenta o referencia de pago **60738449**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti Listo

¡TU COMPRA EMPIEZA escaneando el QR!



¡Compra ya!
Fácil, rápido y listo financiando **con Vanti Listo.**

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 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.

363
0011670180160005010
72055
P03GN
C1

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago **60738449**

BOGOTA

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
23 Ene. 2026	24 Ene. 2026	Dic. - Ene. 2025	09 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	8M3	2.543,69	0,00	20.349,52
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,48	0,00	0,48

1 – Total $24.530,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

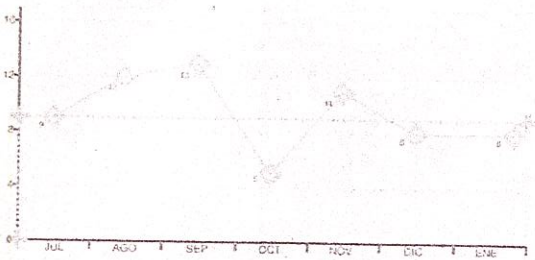
3 – Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$24.530,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
04 Dic. 2025	5406	REAL
06 Ene. 2026	5417	REAL

m³ corregidos: 5417 - 5406 * Factor de corrección = 8

Tu próxima lectura será

Entre 01 y el 06 de Febrero

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

27 Feb. 2027

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 41 505 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2544.

Oct. $2748 Nov. $2742 Dic. $2571

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

Componentes tarifarios

Gm: 1335.32 Tm: 549.31 Dm: 594.74 Cm: 2543.69
P: 64.32 Com: 0.0 Cuom: 4189.0 Cuom: 2543.69
Com: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale, 94 kWh y el precio unitario del kWh es $260.952

Factor de corrección

Vm: 11 Kp: 0.76628 Kt: 1.00645 Pt: 0.77122
Vc: 8 Tm: 13.71 Tc: 15.56 Pc: 1.01008
Pa: 0.751 Pm: 0.023 Pf pc: 1.0
Factor de corrección: 0.77122

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPS: 100.0



(415)7709998026025(8020)60738449(3900)00000000024530

Factura No. F15B73710224

C1

72055

31/01/2025 Factura sin validez tributaria hasta 1600000001 con vigencia de 24 meses

de la ley 142 de 1994
Concepto Facturación y Tarifas Art. 146 y 147
Res. CREG 015 de 1995

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

HC: 73	900255003219085	NO	FECHA: 21-01-2026
ORIGEN : CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nina			COLOR: Amarillo	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA mestizo	EDAD 4A	PESO: 12.2 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: Elizabeth Rojas Gomez	DIRECCION Kra 119A No. 63H42	TELEFONO 3143154777
CEDULA: 52.045.731	CORREO ELECTRÓNICO: luna241120@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA Sabana del dorado	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: 12-2025	ULT. DESPARASITACIÓN: N.R	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: 08/2026
		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: 95 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 38,1 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES: ——

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,4 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,8 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	Dra. Eileen Nathaly Bedoya M.V. UNAL T.P. 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Mesa Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	52045731

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 **52.045.731**

ROJAS GOMEZ

APELLIDOS

ELIZABETH

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-AGO-1971**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

24-OCT-1989 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00492556-F-0052045731-20131009 . 0035370523A 1 1522577724

enel Bogotá

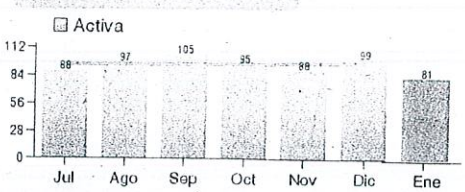
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

2660546-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379812969-3

ELIZABETH ROJAS GOMEZ
KR 119 A NO 63 H 42
0
BOGOTA, D.C. - SABANA DEL DORADO

05 504 2085 / 21524824



VALOR kWh APLICADO
$785,09

CONSUMO DIARIO:
2,61 kWh

VALOR DIARIO:
$1.267

PERÍODO FACTURADO:
04 DIC/2025 A 03 ENE/2026

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES
81 kWh

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

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la App Enel Colombia o en nuestro sitio web enel.com.co.

Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.

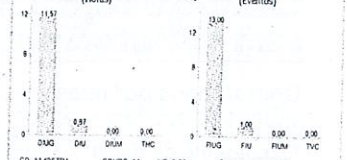


INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	6,42
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005055042085
RUTA LECTURA:	35055060844
MANZANA DE LECTURA:	MS00565742
MEDIDOR NO:	21524824
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE 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: 1142STR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/11 Dr: 264,91 CF: 88,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 *Ut: 0,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 636 de 2019

CONTÁCTANOS

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

CANALES DE ATENCIÓN

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

Correponsales Bancarios
CONRED
efácil
Reval
MOVIRED
efecty

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel
Únicamente Chía, Girardot y Facatativá

Almacenes de Cadena
Simpa

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, antes el descuento del trámite. El pago del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: **Vigencia: DIC/2025**
G: $287,05 T: $54,14 D: $289,66 CV: $75,80 PR: $59,75 R: $18,70 CF: $0,00 / $785,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: FR18-1142STR1 - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

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

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

En esta factura ves un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y no afecta tus consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art 150).

FECHA GENERACIÓN: 07/01/2026 02:21:27
FECHA EXPEDICIÓN: 07/01/2026 14:57:09

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

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

$39.520 | $30.600 | $70.120

19 ENE /2026

21 ENE/2026

2660546-6

03 FEB /2

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: N

ENERGIA ACTIVA FP	4.245	4.164	81	1	81	81	$785.09	
ENERGIA REACTIVA	571	557	14	1	14	0	$289.66	

SUBSIDIO Consumo a subsidiar 130.00 kWh X Valor kWh $785,0383 X Beneficio 38.24 %

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.267 DIARIOS

SUBTOTAL: $3

MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$419
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-172
SUBTOTAL:	**$247**

COBRO SEGUROS $

...invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de tu Sucursal Online en la página web o inscribete a FACTURA VIRTUAL desde ... en la sección Personas

Contenidos + Otros cobros asociados a este mes **$39.520**

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y gas **$3**

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 d OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Fin 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 38.24 %

Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

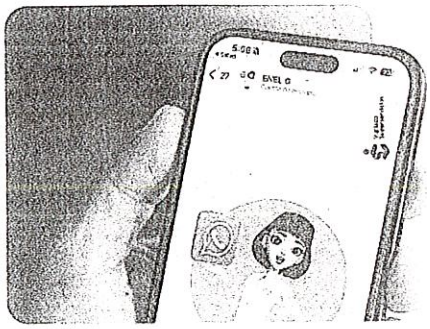
Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

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
2660546-6

Documento Equivalente Electrónico No.
379812969-3

(415)7707209914253(8020)012660546637981296 93(3900)0000000070120

PAGO OPORT
19 ENE /202

TOTAL A PAG
$70.120

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

Expiry-Date:2030/09/02
900255003231442

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
74		27-01-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Nucita		Blanco / café

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 8 M	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
Nubia Esperanza Acosta Linares	CL 70G 111A 22	3114787720

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
20587460	esperanza.l@gmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
Bolivia	2	

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Enero 2026	NOV/25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: 20-sept 25 HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 r/m	TEMPERATURA: 38.5 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.12 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.07 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
[signature]	2059460

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:

Laurita ya pago.

63163

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **7479990-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379622734-0

63163

CLIENTE

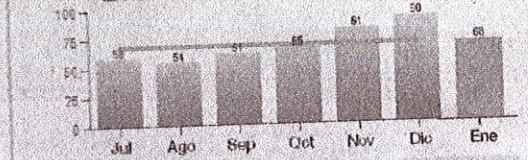
EDGAR EUCLIDES LINARES MALDONADO
CL 70 G NO 111 A 22 PI 3
PISO 3
BOGOTA, D.C. - BOLIVIA

04 506 0742 / 20135850

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO	$783,09
CONSUMO DIARIO:	2,19 kWh
VALOR DIARIO:	$1.064

PERIODO FACTURADO: 03 DIC 2025 A 02 ENE 2026	DÍAS FACTURADOS: 31	CONSUMO MES 68 kWh

Evita pagos futuros ajustes a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual.

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la App Enel Colombia o en nuestro sitio web enel.com.co.

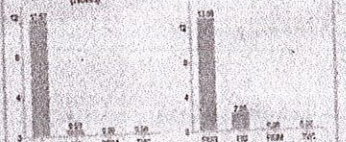
Así te asegurás de pagar solo por la energía que consumiste.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005045060742
RUTA LECTURA:	35045110701
MANZANA DE LECTURA:	MS20610110
MEDIDOR NO:	20135850
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



GD: 8004181 GRUPO 11 PC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/01 DI: 264,01 CF: 91,00% MC: 0,00 MF: 1,00 %IC: 0,00

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 016 de 2018 y 030 de 2019

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enelcolombia.com/personas/solicitudes

Chat de atención en enelcolombia.com/personas/chat-de-atencion

336 690 6000 (Elena Bot o para Asesor)

Enel Colombia @EnelColombiaCO

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	COMUNÍCATE
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140095 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP 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, El Real, MOVIRED, Su Red

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel Bogotá, Cundinamarca y Facatativá

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

Si pasas en el vencimiento tu energía estará en el corte del cuatro. El pago del consumo no es un segundo vuelo en pago de servicios.

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



En esta factura ves un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y no afecta tus consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art 150).

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2025
G: $287,05 T: $64,14 D: $288,65 CV: $75,80 PR: $69,75 R: $18,70 C: $0,00 / $783,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BLI0-0501101 - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 8514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ent. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2008. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de 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. 0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 011 consultar www.enel.com.co

En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, el 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.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la Resolución CREG 038 de 2014, el 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 Colmarizal, 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: 06/01/2026 02:26:39
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 15:41:21

CUDE: 79f37c943a5c3110fa15edf2adf091e30705099ac0f29bd9e9f6bd970a492b64b75333b0d8155063b17d5cdf034f5123e6

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.161-9

2,799 - Página 1 de 2

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.815-8.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.587.460**

ACOSTA LINARES

APELLIDOS

NUBIA ESPERANZA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-JUN-1975**

GACHETA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47	**AB+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

31-AGO-1993 GACHETA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1600150-00173252-F-0020587460-20090827 0015454870A 1 1290101861

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

HC	MICROCHIP: SI 900255003219759	FECHA:
75		27-07-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kiara		COLOR: Arena	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo / EDAD 10 M	PESO: 4.4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO ____ MIXTO X OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X ____COMPRADO_____ADOPTADO ____ _REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Valerie Juliana Hernandez Gordo	DIRECCION CL 72F 113 21	TELEFONO 3186792823
CEDULA: 1141116023	CORREO ELECTRÓNICO: jh5784354@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Villas de granada I / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Primaria / 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:
Dic/25	Junio/25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: 23-08-25 HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: 23-08-25
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 97 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 38,3 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS Rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Alfaxana	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,17 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Eileen Nathaly Bedoya M.V. UNAL T.P. 277070 Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	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:
Val.	1141116023

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:

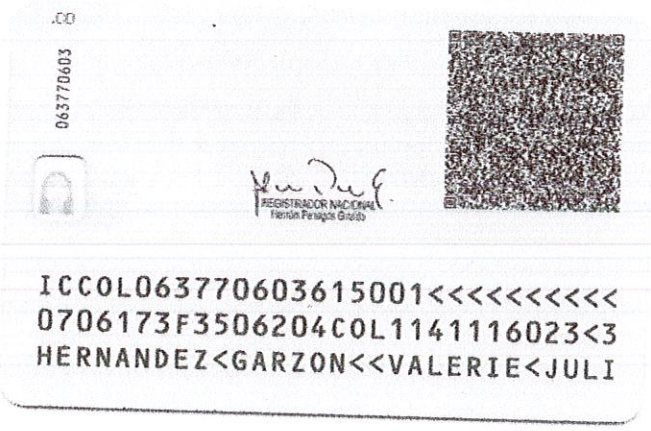
AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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:


.CO
063770603
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL063770603615001<<<<<<<<<<
0706173F3506204COL1141116023<3
HERNANDEZ<GARZON<<VALERIE<JULI

OA


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.141.116.023
Apellidos
HERNANDEZ GARZON
Nombres
VALERIE JULIANA
Nacionalidad
COL
Estatura
1.55
Sexo
F
Fecha de nacimiento
17 JUN 2007
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
Fecha y lugar de expedición
19 JUN 2025, BOGOTA D.C.
Firma
Fecha de expiración
20 JUN 2035

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

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Redabran · Bancolombia · BBVA · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Nequi · dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Botón PSE

Botón Bancolombia

cuerda que
uedes pagar
s facturas de
as o varios
ontrato
a sola
ansacción

Escanea para pagar tu factura

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

Puntos Presenciales

esponsales Banco BBVA
esponsales Scotiabank Colpatria
esponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

ucir nuestro consumo
nergía se traduce en un ahorro
la economía familiar y contribuye
minuir las emisiones de gases
fecto invernadero, principal causa
ambio climático.

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todas las 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. 830.095.213-0 7646-270923 VANTI

¡Hola!

CONSTRUCTORA CUSEZAR SA
CL 72F 113 21 E04 T07 00304 - VILLAS DE GRANADA I
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007112-858863

Lote: P03GN **Ruta:** 0011670540300020500 **Código del Sector:** 361

Cuenta o referencia de pago **62295802**

vanti Listo

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



vanti Listo

Tendremos

DE DESCUENTOS DE

$150.000

en productos de la categoría de tecnología y electro hogar (línea blanca) por compras iguales o superiores a $2.000.000

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

exito · ELECTRONIX

Publicidad emitida por Gases de Occidente S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasoriente S.A. ESP. Vigente hasta el 31 de diciembre de 2023. Aplica para compras realizadas entre el 23 de octubre y el 10 de diciembre de 2023 a través de Exito.com. Consulta términos y condiciones en exito.com. Imagen con fines ilustrativos.

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.

361
0011670540300020500
P03GN
95795
C1

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
19 Dic. 2025	20 Dic. 2025	Nov. - Dic. 2025	06 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
NSUMO GAS	23M3	2.570,50	0,00	59.121,50
	1UN	4.182,00	0,00	4.182,00
STE DECENA	1UN	0,50	0,00	0,50
AUDO TERCEROS Coospark Prete.	0	23.716,00	0,00	23.716,00

1 – Total $87.020,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $87.020,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
05 Nov. 2025	4607	REAL
04 Dic. 2025	4637	REAL

m³ corregido= 4637 - 4607 * Factor de corrección = 23

Tu próxima lectura será Entre 02 y el 07 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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria
30 Abr. 2029
La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente. "Resolución 095 de 2017 y 4128 de 2019"

Agenda yo 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: 582.57 Dm: 586.11 Cc: 2570.5
Pr: 95.00 Tvm: 0.0 Cuf: 4182.0 Sum: 2570.5
Cmc: 0.0 Fpm: 48.512 DAJR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjtar: Tu consumo en m³ de gas equivale a: 272
kWh y el precio unitario del kWh es: 9232.783

Factor de corrección

Vm: 30 Kz: 0.76727 Fb: 1.00027 Ft: 0.77208
Vc: 23 Tm: 13.76 Tc: 15.56 Pc: 1.01806
Pa: 0.750 Pm: 0.025 Fpcf: 1.0
Factor de corrección: 0.77208

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 CRS: 0.0 IQ: 100.0 IPR: 100.0





(415)7709998026025(8020)62295802(3900)00000000087020

95795 C1

Factura No. F1587115150

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

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
76	900255003225461	27-01-26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Chispita		amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Pinsher	EDAD 4A	PESO: 2.1 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

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

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X____COMPRADO____ADOPTADO ____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Maria Elizabeth Ramos De Chaparro	KR 111C 69P 30	3178082246

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
41447763	Taniaagardagg@gmail.com

BARRIO O VEREDA Bolivia	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
N/R	Enero/26	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 38,2 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	____ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,15 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,08 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Elizabeth Ramos Chamarro	41.447.743

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 41.447.763

RAMOS De CHAPARRO

APELLIDOS

MARIA ELIZABETH

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-SEP-1941

ACACIAS
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

20-OCT-1970 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00031561-F-0041447763-20080726 0001480555A 1 6190010998

enel · Bogotá

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

Para pagos y consultas

2426973-3

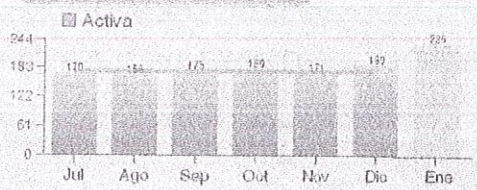
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 378569867-9

CLIENTE

LEIDY CHAPARRO RAMOS
KR 111 C NO 69 D 30 AP CA 92
UB VILLA ALAMOS MZ 2
BOGOTA, D.C. - BOLIVIA

04 506 1409 / 891118

CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO
$733,03

CONSUMO DIARIO:
7,59 kWh

VALOR DIARIO:
$4.909

PERÍODO FACTURADO: 03 DIC/2025 A 02 ENE/2026
DÍAS FACTURADOS: 31
CONSUMO MES 235 kWh

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea promedio reportando la lectura de tu medidor en la App Enel Colombia o en nuestro sitio web enel.com.co.

Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000504S051409
RUTA LECTURA:	3504S111407
MANZANA DE LECTURA:	MS20610104
MEDIDOR NO:	8811,18
SUBCLASE:	Básica

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Cortes)



Para mayor detalle consultar en www.enel.com.co CREG 015 de 2018 y 070 de 2019

RECOMENDACIONES IMPORTANTES

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

CONTÁCTANOS

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

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

018 000 6003 (Línea Gratuita a nivel Nacional)

Enel Contesta

Chatbot Samuel

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Condominios 601 5 115 115

115 Opción No. 2 las 24 horas

601 EL ENEL (601 335 3635) desde celular

Línea Gratuita Nacional

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

defensor@enel.com

Proveedor Tecnológico: Dimelec Tecnología y Comercio S.A.S. NIT 830.021.193-0

¿CÓMO PAGAR ESTA FACTURA?

Medios electrónicos de Pago

APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de pago Online · Botón de Pago Sucursal Virtual

Diferentes Virtuales

dale · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONSED · efecty · Reval · MOVILRED · Su Red

Red Bancaria

RED CADE

Centros de Servicio

enel (Universidad Distrital, Gimnasio y Facultativo)

Almacenes de Cadena

Éxito · Carulla · Surtimax · Surtimayorista

Si el pago se realiza después de la fecha de vencimiento, usted se encontrará en mora y podrá ser reportado a las centrales de riesgo. El pago extemporáneo no exime de la sanción que se genere en caso de haberse.

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



En esta factura ves un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y no afecta tus consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art 150).

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

D: $607,08 T: $84,14 D: $237,62 CV: $75,00 PR: $69,75 R: $10,70 CF: $0,00 / $733,03 Costo kWh Mes

PERIODO: 11 CIRCUITO: 81.19-0308781 - NIVEL DE TENSION PROPIEDAD: Cliente

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedor es según Resolución No. 0047 de 26 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1996

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de dichos derechos en la forma señalada para cada evento. 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. Consúltalos en web: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0091 de 10 de diciembre de 2020

Sobre el acto de liquidación procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa dentro de los cinco días siguientes a la fecha de dicha factura dentro del término establecido de conformidad con el Artículo 158 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, derechos y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y los 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 consumo público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Comercial), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el cliente para el uso de la misma como base de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no es responsable por el suministro que prestan los terceros. Ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos conceptos, 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: 06/01/2026 01:58:25
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 15:53:09

Factura impresa por Consorcio Soluciones de Comunicación SAS NIT 900.820.210-9

Proveedor Tecnológico: Dimelec Tecnología y Comercio S.A.S. NIT 830.021.193-0

Redeban

ENE 16 2026 13:32:33 REMDES 9.90
CORRESPONSAL
BANCOLOMBIA
PTM BOGOTA MOVI Y COM
CALLE 69 NUMERO 112 23
C.UNICO: 3007045795 TER: A1022282
RECIBO: 052028 RRN: 057906
APRO: 565080

RECAUDO
CONVENIO: 92707
RIN EAEL COLOMBIA SA
REF: 0000000000000024269733

VALOR $ 333.940

TU CORRESPONSAL BANCARIO NO DEBE COBRARTE POR HACER ESTA TRANSACCIÓN.

Bancolombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la información en este documento este correcta. Para reclamos comuníquese al 018000912345. Conserve esta tirilla como soporte.

*** CLIENTE ***

$196.724 $333.940 20 ENE/2026

2426973-3 02 FEB /2026

Situación encontrada: Proceso analítica datos

888	1	233	206	$733.05	$172.200
0	0	0	0	$337.62	$0
Valor kWh $733.0388	X	Beneficio -37.34 %			$38.584

SUBTOTAL: $136.632

$2	COBRO SEGUROS $42.200
$758	SEGUROS Y ASISTENCIAS CFC $34.224
$-226	Tarjeta Credito Amarilla $130.280
$534	
$137.216	Productos y servicios ofrecidos a los usuarios de energía y gas $196.724

Información que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil COOPERATIVA 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 notifica gestión de cobro

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 - 130 kWh mes) es de: 37.34 %

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
2426973-3

Documento Equivalente Electrónico No.
379569887-9

(415)7707203914259(8020)012426973337956988879(3900)0000000333940

PAGO OPORTUNO
16 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$333.940

Alcaldía Local de Engativá

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

HC Número de Historia clínica: 77	900255003219745	FECHA: 21-01-2026

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Malu				COLOR: Negro. Amarillo	
ESPECIE: CANINO X FELINO _____ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Pinscher	EDAD 3. A	PESO: 4.3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X	
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO ____ MIXTO X OTRO _____			

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO ____ REGALADO X PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ser Edth Manzano Osma	DIRECCION CL 70B Bis No 111-15.	TELEFONO 3196078108
CEDULA: 52.584.434.	CORREO ELECTRÓNICO: luzemanzano@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Bolivia	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X_RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
09-2025	12-2025.	**CANINOS** PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: 12-2025 HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 10-2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
92 l/m	27 r/m	38,2 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,17 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Eileen Nathaly Bedoya M.V. UNAL T.P. 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Mesa Perez MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
[signature]	52.584.434.

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 52.584.434



Apellidos
MANZANO OSMA

Nombres
LUZ EDITH

Nacionalidad
COL

Estatura
1.54

Sexo
F

Fecha de nacimiento
27 DIC 1971

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
23 JUL 1990, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
11 SEPT 2034

.CO

053013619

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL053013619815001<<<<<<<<<<<
7112270F3409110COL52584434<<<0
MANZANO<OSMA<<LUZ<EDITH<<<<<<<

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: **2168198-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379569808-2

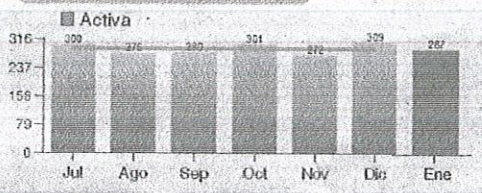
CLIENTE

JOSE JOAQUIN RODRIGUEZ AYALA
CL 70 B BIS NO 111 15
0
BOGOTA, D.C. - BOLIVIA

04 506 1170 / 72016574

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $785,09

CONSUMO DIARIO: 9,26 kWh

VALOR DIARIO: $8.009

CONSUMO PROMEDIO (ULTIMOS 6 MESES): 290 kWh

PERÍODO FACTURADO: 03 DIC/2025 A 02 ENE/2026

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES: 287 kWh

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

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la App Enel Colombia o en nuestro sitio web enel.com.co.

Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



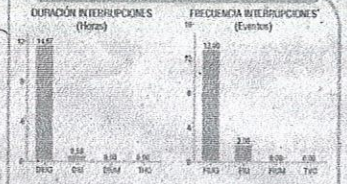
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	5,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005045061170
RUTA LECTURA:	35045111122
MANZANA DE LECTURA:	MS20610104
MEDIDOR NO:	72016574
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE 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



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

Peticiones y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicadoras

Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/Abrir-de-vtanilla

316 890 8003 (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 5140055 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale, MOVII, Nequi, tpaga

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

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel Universidad Chía, Girardot y Facatativá

Almacenes de Cadena: ÉXITO

Código QR

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2025
G: $287,05 T: $54,14 D: $259,66 CV: $75,09 PR: $59,75 R: $18,70 CF: $0,00 / $785,09 Costo kWh Mes

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



En esta factura ves un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y no afecta tus consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art 150).

FECHA GENERACIÓN: 06/01/2026 01:57:43
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 15:28:11

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL39 5942STR1 - - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información 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 16 de diciembre de 2020.

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

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

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

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

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

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

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 890.806.812-8. Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.021.151-0

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$351.220		$0		$351.220	16 ENE /2026	20 ENE/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 2168198-6

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 02 FEB /2026

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

CONCEPTO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	(a)	Diferencia de Lecturas	(x)	Factor	(=)	Energía Facturada kWh	Energía Facturada $	(x)	Valor Unitario	(=)	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	57.735		57.448		287		1		287	287		$785,09		$225.320
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$269,66		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh				Valor kWh $785,0683		X		Beneficio -38,24 %					$39.030
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $6.009 DIARIOS												SUBTOTAL:		$186.290

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-3
IM Residencial	$433
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$1.255
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-231
RECONEXION	$163.476
SUBTOTAL:	$164.930

Conceptos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA $351.220

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.enelxmas.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 COOENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -38,24 %

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
2168198-6

cumento Equivalente Electrónico No.
379569808-2

(415)7707209914253(8020)012168198637956980 82(3900)00000000351220

PAGO OPORTUNO
16 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$351.220

Alcaldía Local de Engativá

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

HC Número de Historia clínica: 78	900255003219744	FECHA: 21-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD Y

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Blue.				COLOR: Blanco-gris.	
ESPECIE: CANINO X FELINO _____ SEXO: HEMBRA X MACHO		RAZA Husky	EDAD 18m	PESO: 17.3 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____PERRO DE CUADRA_____OTRO Nacido en Casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Isabel Diaz Ramirez	DIRECCION CL 70G No 111A 25.	TELEFONO 3157488133.
CEDULA: 52456181	CORREO ELECTRÓNICO: Marthadiazramirez@hotmail.com.	
BARRIO O VEREDA Bolivia	ESTRATO: 2.	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Pregrado NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
11 2025	12-2025.	**CANINOS** PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 97 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 38,1 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	21 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,8 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	6 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,1 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,17 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	52 956 781

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
52456181

NUMERO

DIAZ RAMIREZ

APELLIDOS

MARTHA ISABEL

NOMBRES

FIRMA



17



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-ENE-1979

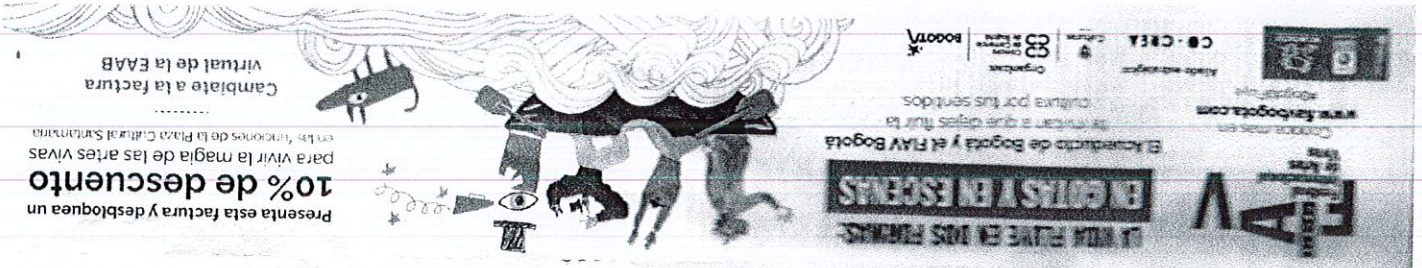
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-MAR-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500106-47106711-F-0052456181-20020927 06133 02270A 02 113983310



Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$72.755		
Subsidio	$29.102-	Ajuste a la decena -credito-	$3-

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

0.0656 0.0380

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$44.440	$42.393	$43.801	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

Datos del usuario

Tipo de producto RESIDENCIAL

Componentes de tarifas

Frecuencia Barrido: 03 Frecuencia Recolección: 2D

Cuenta Flip Total CRT: Costo variable no aprovechables $6.824,56

$6.294,94

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

BOGOTÁ

Cuenta contrato
11662625
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos
17834949517
Número de esta factura de servicios públicos

aseo

Periodo Facturado Aseo
NOV/01/2025 - DIC/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: C2 RUTA: C220818D

BIMESTRAL

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

Responsabilidades fiscales del emisor: Gran contribuyente; Autoretenedor

Natasha Avendaño Garcia
Representante Legal

11662625
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17834949517
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

¡Hola!

Factura a nombre de
JOSE ALFONSO BARRERO DIAZ

Dirección del predio
CL 70G 111A 25 CA 2

Barrio: BOLIVIA Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA **Tipo** VELO015C
Serie 06015IB077941 **Diámetro pulgadas** ½

Periodo facturado OCT/11/2025 - DIC/10/2025

Pago oportuno ENE/19/2026 Suspensión ENE/22/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de suspensión factura
MAR/09/2026	ENE/03/2026 07:00:45	ENE/03/2026 08:15:24

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 consumo

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

Tu consumo en este período

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



ÚLTIMO CONSUMO

En este periodo consumiste más agua que en el anterior

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
29.000	475

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	1012	Facturación con	Alto consumo
Lectura anterior	1001	Base promedio	
Tu consumo este periodo	11	Descargue fuente alterna	0
		Consumo estabilizado	

Datos de tu medidor

Marca		Tipo	VELOCIDAD
Serie		Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Aprovechar el agua lluvia para regar tus plantas.
- Reutilizar el agua del enjuague de la lavadora para labores de aseo.
- Revisar que las tuberías de tu casa o negocio no tengan fugas o escapes.

Tu cobro en este período

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros		Aseo		Escanea y paga virtual
$87.419,15	+	$86.387,68	+	$26.967-	+	$43.650	= Total a pagar	$190.490
A		B		C D E F		G		
Consulta el detalle de estos cobros en las tablas con letras de abajo						Consulta el detalle atrás		

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

Total ingresos del periodo

Ingresos que la EAAB-ESP recibirá por la facturación del mes

CUDE (Código Único de DocUmento Electrónico): 75878d7d6e0f0310bab2020e4f2ebda71ece704bb9553cf41af9d53bbd154b937af13ef076d886982729534e7fc6201a561

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$3.795,82	-40	$3.037-	$5.677,37	$11.754,24
Consumo residencial básico (m³)*	22,00	$2.245,79	-40	$19.969-	$2.247,47	$49.444,38
Consumo residencial superior básico (m³)	7,00	$2.245,79	-40	$6.227-	$3.745,79	$26.220,53
Cargo fijo no residencial (mes)				$0	$3.745,79	$26.220,53
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$87.419,15-		$87.419,15

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.656,05	-40	$3.725-	$2.793,63	$5.587,10
Consumo residencial básico (m³)*	22,00	$4.000,02	-40	$35.200-	$2.400,01	$52.800,44
Consumo residencial superior básico (m³)	7,00	$4.000,02	-40	$0	$4.000,02	$28.000,14
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$38.925-		$86.387,68

*Corresponde a consumos de hasta (Dato mensualizado) m³ mensuales. **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 más consumo. Si existe 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)	$18,93	$64,34
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$416	$1.415

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

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$3
Deben. min. vital total	$26.970-
Subtotal	26.967-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE Consulta direcciones y horarios de nuestros puntos de pago en la página web. Corresponsales bancarios Popular, Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Bancolombia, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Citi.

Aseo
Valor a pagar
$43.650

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

Si pagas con cheque, gire con destino a nombre de la EAAB-ESP NIT 899.999.094-1 cuenta corriente No. 000-00000-00 del Banco de Occidente.

415 7707200469996(8020)178342495171(3900)000000043650

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$146.840

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

Datos válidos 15 días calendario después de generada esta factura. Este pago solo puede efectuarse en Bancos y Red CADE. No acepta corresponsales bancarios.

Alcaldía Local de Engativá

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

HC Número de Historia clínica: 79	900255003231441	FECHA: 21-01-2026

ORIGEN : CES X PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Amara				COLOR: Negro-fuego	
ESPECIE: CANINO X FELINO ____	SEXO: HEMBRA Y MACHO	RAZA Pinscher	EDAD 1A	PESO: 4.6 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO Y
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO Y		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO Y		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO ____ MIXTO X OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO X ADOPTADO ____ REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Katterine Salas Ospina	DIRECCION CL 70B No 111 - 85.	TELEFONO 3222184438	
CEDULA: 1.078.777.097.	CORREO ELECTRÓNICO: Ksalasospina@gmail.com		
BARRIO O VEREDA Bolipua	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnologo NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
11-2025	02-12-2025.	**CANINOS** PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: 20 08 2025 HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 38,1 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,3 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,32 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,18 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1078717097

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.078.777.097
SALAS OSPINA
APELLIDOS
KATTERINE
NOMBRES

FIRMA

30



FECHA DE NACIMIENTO 03-ENE-1990
BARAYA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-ENE-2008 BARAYA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

P-1501900-00098322 F-1078777097-20081010 0004477168A 1 21054023



aseo

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

Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
11491604

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
17834941415

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
0.0656 0.0380

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$44.440	$42.393	$43.801	61

La tarifa incluye subsidio o aporte

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$72.755	Interés mora	$7
Subsidio	$29.102-		

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$43.660
Aporte (+)	00%	Total impuesto del periodo	$43.660
Mi factura - deuda total		Ingreso que aporta a la DIAN en el periodo actual	

Datos del usuario

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

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechables	Valor Caso aprovechamiento
36.296,84	16.826,56	154.680,98

KR 69 No. 80-27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
Horario de Atención
BOGOTÁ 6011444-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Responsabilidades fiscales del emisor: Gran contribuyente, Autoretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: C2 RUTA: C22088

BIMESTRAL

11491604
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17834941415
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Periodo facturado OCT/11/2025 - DIC/10/2025

Pago oportuno ENE/19/2026

Suspensión ENE/22/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
MAR/09/2026	ENE/03/2026 07:00:31	ENE/03/2026 09:08:00

¡Hola!

Factura a nombre de
VILLA DE LOS ALAMOS FASE B VIL

Dirección del predio
CL 70B 111 85 CA 102

Barrio: BOLIVIA Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA Tipo VELO015C
Serie 10165063 Diámetro pulgadas ½

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

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

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

cadena.

82139 40