Alcaldía Local de Engativá

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

HC: 35	MICROCHIP: 900255003219757		FECHA: 27-07-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN X CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Shirley				COLOR: Pardo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 4M	PESO: 3.0 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: Cenaida Castiblanco Moreno	DIRECCION Kr 106A # 69D-79	TELEFONO 3115715462
CEDULA: 39747595	CORREO ELECTRÓNICO: lucero201107@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA Bolivia / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Primaria / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud.

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 98 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 r/m	TEMPERATURA: 38,1 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: 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.)	0,2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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	Dra. Eileen Nathaly Bedoya M.V. UNAL T.P. 27701	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Monsalve 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: 39174759

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 39.747.595

CASTIBLANCO MORENO
APELLIDOS

CENAIDA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

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

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

27-MAY-1985 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALIADA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500110-45150837-F-0039747595-20060915 0262606257A 02 214331331

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.**



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Vanti Oficinas Virtuales

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · GNB · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Nequi · Davivienda · Davivienda Corp · Colpatria · dale!

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

Escanea para pagar tu factura

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7043/27/03/25 VANTI

¡Hola!

VICTOR GONZALEZ
KR 106A 69D 19 - BOLIVIA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5027706-5091

Lote: P16GN **Ruta:** 0011670250140005000 **Código del Sector:** 365

Cuenta o referencia de pago **62223113**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.800.000**



vanti

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

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

X-TRONIX · éxito

Propietario y operador de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasoriente S.A. ESP. Conoce TAC de la compañía expresado a cuperano con tasa máxima que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones y restricciones, consúltalas en grupovanti.com.co. Promoción válida del 12 de noviembre al 24 de diciembre de 2025, se entregarán un total 50 Bonos de Pesos para redimirse en tienda, por un valor de $1.000.000. Los bonos se entregarán el día 5, 12, 19 y 26 de diciembre y serán entregados el 15 de Enero de 2026

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

365 0011670250140005000 P16GN

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago **62223113**

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1 Pago oportuno	2 Fecha de suspensión	3 Periodo facturado	4 Emisión de tu factura
14 Ene. 2026	15 Ene. 2026	Nov. - Dic. 2025	24 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	280M3	2.570,50	0,00	719.740,00
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	0,24	0,00	0,24

1 — Total **$758.940,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

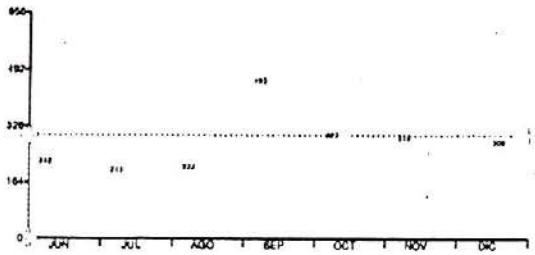
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$758.940,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Dos | Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
21 Nov. 2025	29524	REAL
19 Dic. 2025	29912	REAL

m³ corregida= 29912 - 29524 * Factor de corrección = 300

Tu próxima lectura será

Entre 18 y el 23 de Enero

Novedades de tu factura

CuVa $ 2570.50

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ago. 2026

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1324.73 Tm: 582.57 Dm: 598.11 Cm: 0.0
Pi: 65.09 Cvm: 0.0 Cvim: 0.0 Cvim: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

M/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 3543 kWh y el precio unitario del kWh es: $214.208

Factor de corrección

Vm: 388 Kp: 0.78766 Kt: 1.00634 Ft: 0.77253
Vc: 300 Tm: 13.74 Tc: 15.56 Pc: 1.01008
Pc: 0.752 Pm: 0.0234 F² pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77253

Indicadores de calidad

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





(415)7709998026025(8020)62223113(3900)00000000758940

Resolución No. 4509 del 17 de 1996 Autorización de numeración de facturación No. Formulario numerado de 31/03/2025. Facturación electrónica desde N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses.

ESP. NIT. 800.007.813-5 - Revisor fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art 130 de la ley 142 de 1994
Consejo Tecnología y Servicios S.A.S. ESP
NIT. 900.231.151-0

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

HC	36	900255003225360	NO	FECHA: 21-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dulce			COLOR: Calico.
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA mestizo EDAD 1 A	PESO: 2.3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO__
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO_____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO X_REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO_____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Alejandra Vargas Garzon	DIRECCION CL 70C No 111 A 15.	TELEFONO 3147955978
CEDULA: 1.010 094 119	CORREO ELECTRÓNICO: vargasalejandra72@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Bolivia	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Profesional.	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: N.R.	ULT. DESPARASITACIÓN: 11-2025.	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: 11.2025

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: 98 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 38,1 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACIÓN

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.)	0,16 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,09 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9713	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Alejandro Vargas	1010094479.

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.010.094.119

VARGAS GARZON

APELLIDOS

MARIA ALEJANDRA

NOMBRES

Alejandra Vargas G

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-DIC-1999
CHOACHI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

11-DIC-2017 CHOACHI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1506100-00983335-F-1010094119-20180301 0059673356G 1 46992734

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
11304914

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
42793509417

KR 69 No. 80-27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
Horario de Atención
BOGOTÁ 601144343-9

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:	36.296,84	Costo variable no aprovechables	16.824,56
		Valor base aprovechamiento	154.680,98

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Recinazo 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	$42.383	$43.801	61

La tarifa incluye subsidio o aporte

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$72.755	Interés mora	$2
Subsidio	$29.102-	Ajuste a la decena -debito-	$5

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$43.660
Aporte (+)	00%	Total impuesto del periodo	$43.660
Interesmora - deuda total		Incluye IVA Aseo sujeto a la DANE en el periodo actual	

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

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

BIMESTRAL

11304914
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42793509417
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 07:00:18	ENE/03/2026 09:29:53

¡Hola!

Factura a nombre de
LUZ ADRIANA AGUILAR CRUZ

Dirección del predio
CL 70C 111A 15 PI 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 ELSTER Tipo VOLU015R315
Serie A18FA553410 Diámetro pulgadas ½

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

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

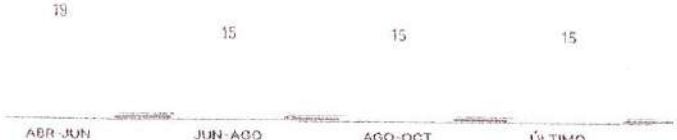
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 16 m³



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

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período

15.000

Promedio al día

246

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	697	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	682	Base promedio	
Tu consumo este periodo	15	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	ELSTER	Tipo	VOLUO15R315
Serie	A18FA553410	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
$45.466,09		$41.587,40		$26.954-		$43.660
A		B		C D E F		G

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

Consulta el detalle abajo

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** $103.760

CUDE (Codigo Unico de Documento Electronico): c61627397160b58728284d9996fd71abf5c5c6b4326f2b6eb723fc0970c306b88589b01a1092827f9148bd248dab1cf5

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-	$9.877,37		$11.754,24
Consumo residencial básico (m³)	15,00		$3.745,79		-40		$22.475-	$2.247,47		$33.711,85
Consumo residencial superior básico (m³)	-									
Cargo fijo no residencial (mes)	-									
Consumo no residencial (m³)	-									
Subtotal							$30.312-			$45.466,09

B Alcantarillado

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$4.056,05		-40		$3.725-	$2.793,83		$5.587,10
Consumo residencial básico (m³)	15,00		$4.000,02		-40		$24.000-	$2.400,01		$36.000,30
Consumo residencial superior básico (m³)	-									
Cargo fijo no residencial (mes)	-									
Consumo no residencial (m³)	-									
Subtotal							$27.725-			$41.587,40

* 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	$284	$965

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$4-
D-ben. mín. vital total	$26.970-
I-intereses de mora	$20
Subtotal	26.954-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interes	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

puntored PagoPay Nequi PBY Daviplata dale

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

unipago Efecty puntored

Red CADE Consulta directorio en www.grupoaval.com/red-cade/ o en la app Red CADE en dispositivos móviles

El EAAB-ESP recibe pagos en efectivo y cheque en los siguientes bancos: Popular, Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Bancolombia, Occidente, AV Villas, Bogotá, Santander y Oro

Aseo
Valor a pagar
$43.660

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PUBLICO No.
Si paga con cheque, gire 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 cual corresponde al valor de acueducto y cual al valor de aseo



Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$60.100

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



Alcaldía Local de Engativá

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

HC: 37	MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003219760		FECHA: 27-07-26
ORIGEN : CES PROTECCIÓN X CALLE ASENTAMIENTO HABITAN... COMUNIDAD			

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Efyre			COLOR: cálico
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 18 M	PESO: 3.6 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO____ REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Cenaida Castiblanco Moreno	DIRECCION Kr 106A # 69D-19	TELEFONO 3115715462
CEDULA: 39747595	CORREO ELECTRÓNICO: lucas201107@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA Bolivia	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Primaria NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N04/25	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: N/R	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	92	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	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.)	0,25 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,14 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Eilleen 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

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:
	39174759

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

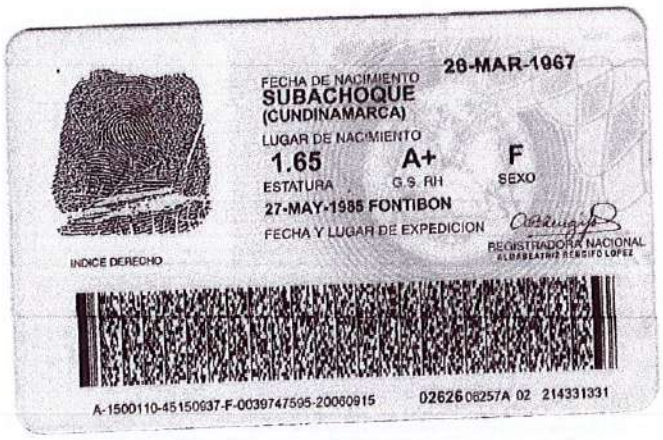
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE ☐

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 39.747.595
CASTIBLANCO MORENO
APELLIDOS
CENAIDA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-1967
SUBACHOQUE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
27-MAY-1985 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALBA BELATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
A-1500110-45150937-F-0039747595-20060915 02626 06257A 02 214331331

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · GNB · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · 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, éste debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7043/2762025 VANTI

¡Hola!

VICTOR GONZALEZ
KR 106A 69D 19 - BOLIVIA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5027706-5091

Lote: P16GN **Ruta:** 0011670250140005000 **Código del Sector:** 385

Cuenta o referencia de pago **62223113**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.800.000**



vanti

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

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

X-TRONIX · éxito

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP. Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP. Contratista del Grupo S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Consulta FAQ de la campaña, reglamento y términos y condiciones en vanti.co. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones y restricciones, consulta con anticipación en qué locales comerciales. Campaña válida del 28 de noviembre al 20 de diciembre de 2025, se entregarán un total 50 Bonos de Pesos para redimir en consumo, por un valor de $1.000.000. Los bonos se cargarán en las días 5, 12, 19 y 26 de diciembre y serán entregados el 15 de enero de 2026

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

P16GN 0011670250140005000 385

	Diciembre 2025
Cuenta o referencia de pago	62223113

NIT 800.007.813-5
Vanti S.A. E.S.P.
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
14 Ene. 2026	15 Ene. 2026	Nov. - Dic. 2025	24 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	280M3	2.570,50	0,00	719.740,00
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	0,24	0,00	0,24

1 – Total $758.940,00

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

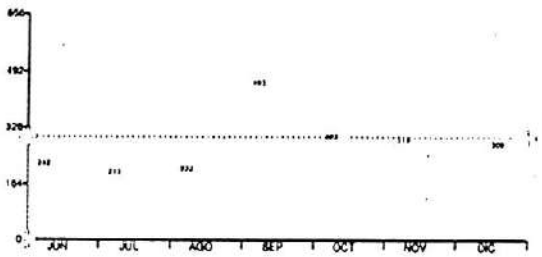
Total a pagar 1 + 2 + 3

$758.940,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Dos | Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
21 Nov. 2025	29524	REAL
19 Dic. 2025	29912	REAL

m³ corregido= 29912 - 29524 * Factor de corrección = 300

Tu próxima lectura será Entre 18 y el 23 de Enero

Novedades de tu factura

CuVe $ 2570.50

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ago. 2026

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1324.73 Tm: 582.57 Dm: 598.11 Cm: 0.0
Pr: 65.09 Gvm: 0.0 Cvm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

M/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 3543 kWh y el precio unitario del kWh es: $214.208

Factor de corrección

Vm: 388 Kp: 0.76766 Kt: 1.00634 Pt: 0.77253
Vc: 300 Tm: 13.74 Te: 15.56 Pa: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.0234 F pvs: 1.0

Factor de corrección: 0.77253

Indicadores de calidad

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





(415)7709998026025(8020)62223113(3900)00000000758940

Resolución No. 059 del 17-Jun-1999 Autorización de numeración de facturación No. numeración consecutiva de 31.000.0001 Facturación electrónica desde N° 30000001 hasta 100000000 Con vigencia de 24 meses

ESP, NIT 800.007.813-5 - Persona Física Obligada Y Tributa S.A.S Esta factura presta mérito ejecutivo Art 130 de la ley 142 de 1994
Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S. BIC
NIT 830.231.113-0

Alcaldía Local de Engativá

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

HC: 38	MICROCHIP: SI 900255003219748	FECHA: 27-07-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN X CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Patrocla				COLOR: Calico	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 18M	PESO: 3.2 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO ____ MIXTO X OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO_____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Cenaida Castiblanco Moreno	DIRECCION Kr 106A # 69D-79	TELEFONO 3115775462
CEDULA: 39747595	CORREO ELECTRÓNICO: lucero201107@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA Bolivia	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Primaria	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: Y.
Nulo	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: 96 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,22 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

Alcaldía Local de Engativá

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomía/Orquiectomía 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 cardíacos, 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:
Gentil Cortes Sueo.	39 174 759 5

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
39.747.595
NUMERO

CASTIBLANCO MORENO
APELLIDOS

CENAIDA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

28-MAR-1967
FECHA DE NACIMIENTO

SUBACHOQUE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-MAY-1985 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
CARBEATRIZ MENDIETA LOPEZ

A-1500110-45150937-F-0039747595-20060915 0262606257A 02 214331331

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:

Inscríbete aquí

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · 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, éste debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7043/27/02/2025 VANTI

¡Hola!

VICTOR GONZALEZ
KR 106A 69D 19 - BOLIVIA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 6027708-5091

Lote: P16GN **Ruta:** 0011670250140005000 **Código del Sector:** 365

Cuenta o referencia de pago **62223113**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.800.000**



vanti

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

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

X-TRONIX · éxito

Participa en la promoción Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasoriente S.A. ESP. Consta de 50 bonos de $1.000.000 que otorga el comercio de Cundinamarca y Boyacá ofrecido por el Grupo Vanti. Aplica en todas las tiendas de la ciudad de Bucaramanga, consulta en grupovanti.com/pqr. Vigencia del 23 de noviembre al 20 de diciembre de 2025, se entregarán un total 50 bonos de $1.000.000 cada uno, por un valor de $1.000.000. Los bonos se entregarán los días 5, 12, 19 y 26 de diciembre y serán entregados el 15 de Enero de 2026

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

365
0011670250140005000
P16GN

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago **62223113**

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1 Pago oportuno	2 Fecha de suspensión	3 Periodo facturado	4 Emisión de tu factura
14 Ene. 2026	15 Ene. 2026	Nov. - Dic. 2025	24 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	260M3	2.670,50	0,00	719.740,00
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	0,24	0,00	0,24

1 — Total **$758.940,00**

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

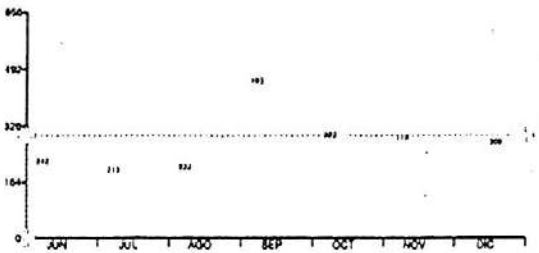
Total a pagar 1 + 2 + 3

$758.940,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat. Dos — Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
21 Nov. 2025	29524	REAL
19 Dic. 2025	29912	REAL

m³ corregido= 29912 - 29524 * Factor de corrección = 300

Tu próxima lectura será Entre 18 y el 23 de Enero

Novedades de tu factura

CuVa $ 2670.50

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ago. 2026

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41185 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1324.73	Tm: 582.57	Dm: 508.11	Cm: 0.0
Pi: 65.09	Gvm: 0.0	Cufm: 0.0	Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0	Fpcm: 42.512	DAUR: 0.0	DAUNR: 0.0

M/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 3543 kWh y el precio unitario del kWh es: $214.208

Factor de corrección

Vm: 388	Kp: 0.78766	Kt: 1.00834	Ft: 0.77253		
Vc: 300	Tm: 13.74	Tc: 15.56	Pa: 1.01008		
Pa: 0.752	Pm: 0.0234	F' pv: 1.0			

Factor de corrección: 0.77253

Indicadores de calidad

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





(415)7709998026025(8020)62223113(3900)00000000758940

Resolución No. 4258 del 17 Jul 1996 Autorización de numeración de facturación no computerizada vencimiento de 31/03/2025. Facturación electrónica desde N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses.

ESP. NIT 800.007.813-5. Revisor fiscal Deloitte y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art 100 de la ley 142 de 1994

Consulta, Tecnología y Servicios S.A.S. CIC NIT 830.021.111-0

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
39	900255003231447	27-07-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN X CALLE ASENTAMIENTO HABITAN COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	LUNA	COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 18M	PESO: 3.0 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

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

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Conaida Castiblanco Moreno	Kr 106A #69D-79	3115775462

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
39.747.595	lucero2011@hotmail.com.

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
Bolivia	2	

ESCOLARIDAD: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__

3. ANAMNESIS

Buena salud.

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 95 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 38,2°c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: 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.)	0,21 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: felina con útero friable, se rasga y se realiza doble incisión

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 39·744·395

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 39.747.595

CASTIBLANCO MORENO
APELLIDOS

CENAIDA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

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

1.65 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-MAY-1985 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500110-45150937-F-0039747595-20060915 02626 06257A 02 214331331

recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la superintendencia de servicios públicos domiciliarios dentro de los cinco días siguientes al conocimiento de esta factura. Vencido este plazo se entenderá que el usuario renuncia a presentar recursos y esta factura prestará mérito ejecutivo. Si no presenta reclamación dentro de los términos señalados en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

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

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Credibanco · Bancolombia · BBVA · Colpatria · Davivienda · GNB · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Agrario · Nequi · Davivienda · Davivienda · Dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval.

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7043276(62)2025 VANTI

¡Hola!

VICTOR GONZALEZ
KR 106A 69D 19 - BOLIVIA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5027706-5091

Lote: P16GN **Ruta:** 0011670250140005000 **Código del Sector:** 365

Cuenta o referencia de pago **62223113**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.800.000**

vanti



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

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

ALKOSTO · KTRONIX · éxito

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP. Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasoriente S.A. ESP. Consta T&C de la campaña ingresando a grupovanti.com/vanti/listoslistoscasa. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones tarifarias en la política de financiación, consúltala en grupovanti.com/politicadefinanciacion. Campaña válida del 28 de noviembre al 26 de diciembre de 2025, se entregarán un total 50 Bonos de Pesos sin redimibles cada uno, por un valor de $1.000.000. Los bonos se asignarán los días 5, 12, 19 y 26 de diciembre y serán entregados el 15 de Enero de 2026

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

365 0011670250140005000 P16GN

Factura de gas | Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago **62223113**

BOGOTÁ

NIT. 800.002.813-5
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
14 Ene. 2026	15 Ene. 2026	Nov. - Dic. 2025	24 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	280M3	2.570,50	0,00	719.740,00
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	0,24	0,00	0,24

1 — Total **$758.940,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

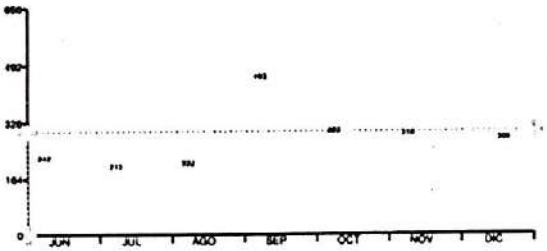
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$758.940,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Dos | Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
21 Nov. 2025	29524	REAL
19 Dic. 2025	29912	REAL

m³ corregido= 29912 - 29524 * Factor de corrección = 300

Tu próxima lectura será Entre 18 y el 23 de Enero

Novedades de tu factura

CuVa $ 2570.50

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

(415)7709998026025(8020)62223113(3900)00000000758940

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ago. 2026

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1324.73 Tm: 582.57 Dm: 598.11 Cm: 0.0
p: 65.09 Cvm: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

MJ/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 3543 kWh y el precio unitario del kWh es: $214.208

Factor de corrección

Vm: 388 Kp: 0.76766 Kt: 1.00634 Ft: 0.77253
Vc: 300 Tm: 13.74 Te: 15.56 Pa: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.0234 F² pv: 1.0
Factor de corrección. 0.77253

Indicadores de calidad

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





Resolución No. 4959 del 17 de 1998 Autorización de facturación de 1 adhesión No. numerada de forma consecutiva de 31.03.2025 Facturación electrónica desde N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

ESP NIT 800.002.813-5 - Revisor Fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art 130 de la ley 142 de 1994
Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S. DIC
NIT 830.321.151-0

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

HC: 40	MICROCHIP: SI — Expiry-Date:2030/09/02 — 900255003219088		FECHA: 27-07-26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: SUSSY			COLOR: Blanco/ Negro
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 7A	PESO: 2.7 KG — MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO___X___COMPRADO____ADOPTADO ____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Miguel Angelo Mogalve Mayorquin	DIRECCION Cl 70A Bis N 113A 29	TELEFONO 3125277968
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: N/R	ULT. DESPARASITACIÓN: NOV/26	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: 08-DIC/25 ,LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	92 l/m	F. RESPIRATORIA:	29 r/m	TEMPERATURA:	38,2 ºc	TLLC	2 seg	MUCOSAS:	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	___/___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,19 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION
En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte. Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación. De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente. Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____** la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado. En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento. En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas. **COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO** Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía. Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Miguel M	1022346756

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.022.346.756



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)

Fecha y lugar de expedición
01 ABR 2024 BOGOTA D.C.

Firma

Miguel M

Fecha de expiración
01 ABR 2034

.CO

04477402 6

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0447740262150O1<<<<<<<<<<
0603294M3404012COL1022346756<3
MONSALVE<MAYORQUIN<<MIGUEL<ANG

enel | Bogotá

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

Para pagos y consultas
Nº factura de consumo

1939088-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379805040-2

71175

71175

CLIENTE

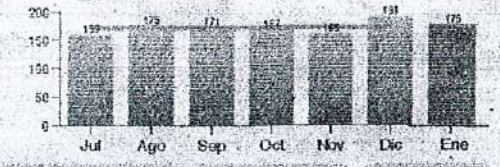
JOEL SANCHEZ
CL 70 A BIS NO 113 A 29 AP 100
PISO 1
BOGOTA, D.C. - LA RIVIERA

05 509 9528 / 1009907

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $785,09

CONSUMO DIARIO: 5,65 kWh

VALOR DIARIO: $3.178

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:	30605055099528
RUTA LECTURA:	35055120845
MANZANA DE LECTURA:	MS00567047
MEDIDOR NO:	1009907
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CANALES DE ATENCIÓN

Registrate y actualiza tus datos en la página Web
Chat disponible en nuestro canal de atención de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 5:30 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.
Zona privada en la página Web
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Línea de atención las 24 horas
App Enel Clientes Colombia
Línea gratuita nacional 018000 115 115
Defensor del cliente: https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html defensor@enel.com

PROTEGIENDO TU ENERGÍA

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
Factura Virtual
Corresponsales Bancarios
Red City Enel
Centros de Servicio
Código QR
Almacenes de Cadena

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el recibo y/o factura. Si pagas en el comercio verifica que en el recibo aparezca el valor correcto y/o en el soporte válido en caso de recibirlo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2025
G: $267,66 T: $84,14 D: $269,66 CV: $75,89 PR: $50,75 R: $18,70 CF: $0,00 / $785,89 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CONSUMO 0 a 130 KWH/MES - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 9514 Comercializador de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2003. IVA Régimen Común. CONSUMIDOR RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1995

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, línea de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP.. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 30 de diciembre de 2002.

"Sobre el acto de suspensión procede 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 CREG 156 11 consultar www.enel.com.co

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

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

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. 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 02:17:44
FECHA EXPEDICIÓN: 07/01/2026 14:02:15

CUDE: b16d9763a9bc2b61faca2a83e94ba141e82ae56d8722 1cc74ca01cd5383510369e69aa1a0592c499be7293d0c4681

10.133 - Página 1 de 2

Proveedor Tecnológico: Consult Tecnología y Versión 8.45 BIG - Nombre del SW: CENFacturero - NIT 800.821.151-9

Timbre Impreso por Carvajal Soluciones de Comunicación NIT 830.933.644-8 #00000141-6

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

HC: 41	MICROCHIP: SI 900255003231448		FECHA: 27-07-26

ORIGEN : CES X PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kitty			COLOR: Pardo
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 7A	PESO: 2.5 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO ✓		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO____

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO____COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO X PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jaime Andres Tellez Maldonado	DIRECCION Kr 119 # 65A 40	TELEFONO 3203784620
CEDULA: 1073764597	CORREO ELECTRÓNICO: 3203784620@sincorreo.com.	
BARRIO O VEREDA Engativa / ESTRATO: 2.	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Octavo	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: Enero 2026	ULT. DESPARASITACIÓN: N/R	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: FELINOS: TRIPLE FELINA: 27-06-25. LEUCEMIA: RABIA: 03-12-25

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:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS
96 l/m	29 r/m	38,1 °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.)	0,17 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ——

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Ferrero 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:
Jaime Bulla	1073164597

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 1.073.164.597
TELLEZ MALDONADO

APELLIDOS
JAIME ANDRES

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-ABR-1993
LA VEGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

30-MAY-2011 MADRID
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1516000-00312028-M-1073164597-20110705 0027350778A 1 36904911

78378

enel | Bogotá

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

earth pact PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2662083-8**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 379813033-2

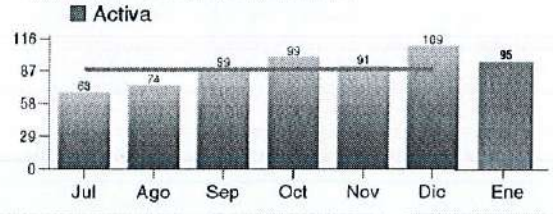
78378

CLIENTE

FIDUPETROL .
KR 119 NO 65 A 40 BQ 9 AP 304
SEVILLA PARQUE RESIDENCIAL
BOGOTA, D.C. - ENGATIVA ZONA URBANA

05 503 6857 / 20128303

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $733,05

CONSUMO DIARIO: 3,06 kWh

VALOR DIARIO: $1.408

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

DIÀS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 95 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 5 MESES: 88 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.**

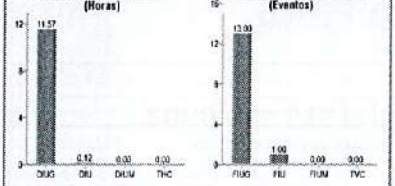
Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,25
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005055036857
RUTA LECTURA:	35055051527
MANZANA DE LECTURA:	MS00563661
MEDIDOR NO:	20128303
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 6229TR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0.00 CEC: 0.00
PERIODO: 2025/11 Dt: 211,74 CF: 91.66666 MC: 0.00 MF: 1,00 %c: 0,26
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2014

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

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

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

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

Billetera Virtual

dale! · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · efácil · Reval · Baloto · Bancolombia · Su Red Amiga · Su Red Amiga Móvil · MOVIRED · puntored · efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel Únicamente Chile, Ricardo y Pocatierra

Almacenes de Cadena

Jumbo · Metro

Código QR

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

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2025
G: $287,05 T: $54,14 D: $237,62 CV: $75,80 PR: $59,75 R: $18,70 CF: $0,00 / $733,05 Costo kWh Mes

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).

GRUPO: 11 CIRCUITO: FR18-6928TR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Cliente

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

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

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

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

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

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 07/01/2026 02:22:13
FECHA EXPEDICIÓN: 07/01/2026 14:05:11

CUDE: 5cca66d6fc0695ad527648a9c47c50bb9978ff2945037b4314c8b92ea7a04b8c2638da6f5a0ac07718bfc8c7beb796cc9

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 860.321.151-0

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$43.860		$0		$43.860	19 ENE /2026	21 ENE/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 2662083-8

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 03 FEB /2026

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	(-) Lectura Anterior	(=) Diferencia de lecturas	(X) Factor	(=) Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	(X) Valor Unitario	(=) Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	5.251	5.156	95	1	95	95	$733,05	$69.639
ENERGIA REACTIVA	1.434	1.417	17	1	17	0	$237,62	$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X		Valor kWh $733,0468	X	Beneficio -37,34 %			-$26.004
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.408 DIARIOS							SUBTOTAL:	$43.635

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$2
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$373
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-150
SUBTOTAL:	$225

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA: $43.860

Otros cobros de productos y servicios

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

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

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

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

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -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
2662083-8

Documento Equivalente Electrónico No.
379813033-2

(415)7707209914253(8020)012662083837981303 32(3900)000000000043860

PAGO OPORTUNO
19 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$43.860

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

HC: 42	MICROCHIP: SI Expiry-Date:2030/09/02 900255003219097	FECHA: 27-01-26.

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE [illegible] X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lilo	COLOR: Blanco / Pardo
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo / EDAD 9M / PESO: 2.4 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO_____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO_____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Harry Santiago Mendez Caro	DIRECCION: Kr 179A # 65A 70	TELEFONO: 3042426464
CEDULA: 1233695749	CORREO ELECTRÓNICO: h.santiago.mendez.caro@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Engativa / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Profesional / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: Enero 27/26	ULT. DESPARASITACIÓN: OCT/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: OCT/25 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: SEP/25

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: 100 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 r/m	TEMPERATURA: 38.0 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosada.

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	0,8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,17 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,09 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 Mesa Ferro MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Angy Rodriguez	1233695749

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 1.233.695.749

Apellidos
MENDEZ CARO

Nombres
HARRY SANTIAGO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.73

Sexo
M

Fecha de nacimiento
30 SEPT 1999

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
05 OCT 2017, BOGOTA D.C.

Firma Harry Mendez

Fecha de expiración
15 SEPT 2032



.CO

0041645400

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0041645400150001<<<<<<<<<<
9909302M3209158COL1233695749<4
MENDEZ<CARO<<HARRY<SANTIAGO<<<

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
11528059

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
19201236619

KR 69 No. 80-27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
Horario de Atención
BOGOTÁ 901144843-9

Datos del usuario

Tipo de producto:	RESIDENCIAL			Estrato	2
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0.183
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.16
Frecuencia Barrido:	03	Frecuencia Recolección:	03	%Participación	0.562%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
36.296,84	12.753,36	154.680,98

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000

Efectivamente aprovechables | Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas
0.0656 — 0.0279

Histórico de Vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$41.802	$39.988	$41.357	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Cargo variab.mutl.res	$58.682	Ajuste a la decena -debito-	$1
Subsidio	$27.473-		

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$41.210
Aporte (+)	00%	Total ingresos del periodo	$41.210
Informativo - deuda total		Ingreso que hace aporta a la DIAN en el periodo actual	

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: C2 RUTA: C22093

BIMESTRAL

11528059
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

19201236619
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 07:00:35	ENE/03/2026 09:17:31

¡Hola!

Factura a nombre de
INVERSIONES UISSAN LTDA INVERS

Dirección del predio
KR 119A 65A 70 BQ 2 IN 2 AP 403

Barrio: ENGATIVA 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 24-690143 Diámetro pulgadas ½

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

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

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

cadena.

Tu consumo en este período

los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 12 m³

11	14	12	12
BR-JUN	JUN-AGO	AGO-OCT	ÚLTIMO
66.464	$79.991	$72.544	CONSUMO

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

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

En este periodo	Promedio al día
12.000	197

atos de la lectura de tu medidor

ctura este periodo	76	Facturado con	Consumo Normal
ctura anterior	64	Base promedio	
consumo este periodo	12	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

atos de tu medidor

rca	G2 MISURATORI	Tipo	YELO015R200
rie	24-680143	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
$38.723,72		$34.387,34		$26.972-		$41.210
A		B		C D E F		G

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

Consulta el detalle antes

Escanea y paga virtual

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

al ingresos del periodo

esos que la EAAB-ESP reporta a la DIAN, en el plantado actual

= **Total a pagar** $87.350

DE (Código Único de Documento Electrónico) 9315553139d1397f1127486287537f15d6f54a33a075848 23da029a59423e1d1e6607bc626577baf8807ac7af085ca9c

etalle de tu consumo ste bimestre

A Acueducto

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa x Cant.)
argo fijo residencial (mes)	2,00		$9.795,62		-40		$7.837-	$5.877,37		$11.754,24
onsumo residencial básico (m³)	12,00		$3.745,79		-40		$17.980-	$2.247,47		$26.969,48
onsumo residencial superior básico (m³)										
argo fijo no residencial (mes)										
onsumo no residencial (m³)										
ubtotal							$25.817-			$38.723,72

B Alcantarillado

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa x Cant.)
	2,00		$4.659,05		-40		$3.725-	$2.793,63		$5.587,10
	12,00		$4.000,02		-40		$19.200-	$2.400,01		$28.800,24
							$22.925-			$34.387,34

orresponde 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

		Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
os valores ya están incluidos el consumo residencial básico uperior a básico. (Ley 99 de 1993)	Tarifa consumo básico ($/m³)	$18,03	$64,34
	Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
	Total por consumo facturado	$227	$772

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)

Otros conceptos

Concepto	Valor
ajuste a la decena	$2-
ben. min. vital total	$26.970-
ubtotal	26.972-

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	

os por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

CADE Consulte direcciones, horarios de cobro en: www.pagaya.com.co/puntos-fisicos Tu EAABES Puede pagar en estos bancos: Popular Davivienda Scotiabank Colpatria Caja Social Bbt Occidente Av Villas Bogotá Sudameris Itaú

Aseo
Valor a pagar
$41.210

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si paga con cheque, gírar 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)7707200459996(8020)1950123456789(3900)000000041210

ueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$46.140

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

(415)7707200459527(8020)1950123456789(3900)000000046140

12225

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

HC: 43	MICROCHIP: SI Expiry-Date: 2030/09/02 900255003219090		FECHA: 27-07-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Viena			COLOR: Crema) café
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 10 M	PESO: 2.7 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Santiago Rodriguez Isaza	DIRECCION Kr 116 Bis 67-40	TELEFONO 3006060646
CEDULA: 1001370624	CORREO ELECTRÓNICO: santiago.rodiso@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Centro Engativa / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	118	l/m	F. RESPIRATORIA:	24	r/m	TEMPERATURA:	37.4 °c	TLLC	2 seg	MUCOSAS:	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.)	0,19 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	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:
	1001310624

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.001.310.624**

RODRIGUEZ ISOZA

APELLIDOS

SANTIAGO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAY-2003**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

09-JUN-2021 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01245250-M-1001310624-20210715 **0074**959502A 1 8502172378

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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 ingresa a nuestra página web

3080207-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 378793249-1

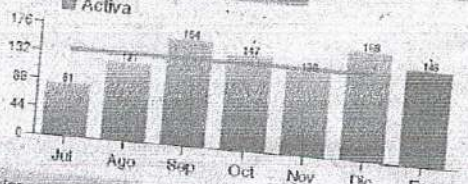
CLIENTE

OSCAR GONZALEZ
KR 116 BIS NO 67 40 PI 2
PI 2
BOGOTA, D.C. - CENTRO ENGATIVA II

05 506 9721 / 2909739

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $785,09

CONSUMO DIARIO: 4,71 kWh

VALOR DIARIO: $2.438

PERÍODO FACTURADO: 01 DIC/2025 A 03 ENE/2026

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES: 146 kWh

Si tienes inconvenientes con la LECTURA DE TU MEDIDOR Y/O CONSUMO

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:	30005055069721
RUTA LECTURA:	35065100909
MANZANA DE LECTURA:	MS00566745
MEDIDOR NO:	2909739
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



CONTÁCTANOS

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

Bogotá, Sabana y Cundinamarca: 601 5 115 115
115 Gratuita las 24 horas
601 6140055 contactenos@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, Cobro Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de pago Online, Botón de Pago Bancolombia

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

Corresponsales Bancales: CONEXRED, Baloto, Efecty, Red Multired, Supergiros, Movired, Su Red

Red Efectrical

Centros de Servicio: RED CADE, enel

Código QR

Almacenes de Cadena: Olímpica, Éxito

Si cancelas en un momento sin beneficio, todos los Componentes que aparecen en esta factura serán cobrados en la siguiente factura.

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

G: $297,05 T: $54,14 D: $309,65 Ch: $75,90 PRC: $59,75 R: $18,70 CP: $0,00 / $785,09 Costo kWh Mes

Detalle: 11 CIRCUITO_FRIE-62107H - NIVEL DE TENSIÓN 1 AGENTE(S) Empresa(s) Energía
ACTIVIDAD ECONÓMICA 9514 Comercializador de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por ent. Bancos Subcontratados según Resolución No. 0547 de 25 de febrero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG

Información concertada al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2003.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 011 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y

IMPORTANTE: Ha incumplido la resolución CREG 011 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

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

El operador 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 02:24:27
FECHA EXPEDICIÓN: 07/01/2026 16:14:11

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios BHS BIC - Nombre del SW: CENFacturero - NIT 890.321.151-0

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación CAS NIT 800.096.118-8.

CUDE: 1a892e3ae2e9612c971d9f3e06c586618443ad27562b5b38866e7d257b08ab39c130edb5e206a3135400ed4568e7e89d0



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

Expiry-Date:2030/09/02

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
44	900255003219099	27-07-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD Y

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:
Chispita	Gris atigrada

ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 6M	PESO: 2.5 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

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

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO____COMPRADO____ADOPTADO X REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Kely Yohana Montañez Chacón	Cr 100B # 77B 27	3175164162

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1103364291	jc286891@gmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
El Cedro	3	ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL__
Profesional	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
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: 07-11-25 .LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 10-12-25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
97 l/m	29 r/m	38,1 °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.)	0,17 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina [illegible] Rodríguez 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:
- Kelly Montañez	- 1103364291

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.103.364.291



Apellidos
MONTAÑEZ CHACON

Nombres
KELY YOHANA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.57	F

Fecha de nacimiento
09 ABR 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
OCAMONTE (SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición
23 ABR 2024, BOGOTA D.C.

Firma

Kelly Montañez

Fecha de expiración
23 ABR 2034

.CO

045312427

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL045312427415001<<<<<<<<<<
0604095F3404230COL1103364291<1
MONTANEZ<CHACON<<KELY<YOHANA<<

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0601868-9**

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379255116-7

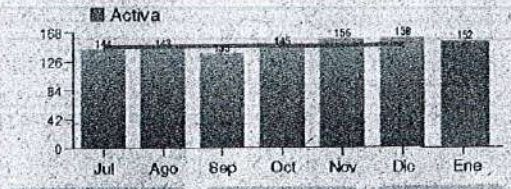
CLIENTE

JOSE M MERCHAN A
KR 100 B NO 71 B 27
BOGOTA, D.C. - EL CEDRO

02 518 3386 / 226847

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $800,09

CONSUMO DIARIO: 5,07 kWh

VALOR DIARIO: $3.534

PERÍODO FACTURADO: 30 NOV/2025 A 29 DIC/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 152 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 142 kWh

¡Estamos teniendo 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.

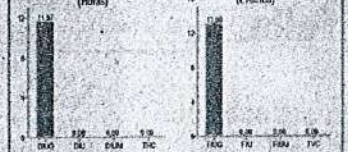
Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	6,67
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005025183386
RUTA LECTURA:	35025110188
MANZANA DE LECTURA:	MS00562954
MEDIDOR NO:	226847
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 029 de 2018

USO SEGURO DE ENERGÍA

Revisa tus cables y aguantemos. 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
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
318 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia
@EnelColombiaCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 51 80065 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FÁCTURA?

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

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

Corresponsales Bancarios: CONRED, Efecty, Baloto, Reval, Todo1, Su Red Amiga, MOVIRED, Supergiros, Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

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

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



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: NOV/2025
G: $296,95 T: $53,30 D: $294,84 CV: $78,01 PR: $58,82 R: $28,15 CF: $0,00 / $800,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: FR25-6557TR1 - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 5514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mk. Somos autorretenedores según Resolución No. 0647 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9001 de 10 de diciembre de 2020.
Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG 15611 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 03/01/2026 01:07:02
FECHA EXPEDICIÓN: 03/01/2026 17:34:11

CUDE: 540416871148e69ae9562eb5a3d989e048bf44441 6b4d0b1ac59519101e8217bd3bc095a5dd125-fc9e82471b4f209321

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 830.321.151-0

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.0961812-8.

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO
$106.560		$0		$106.560	14 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN: 16 ENE/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0601868-9 | PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 29 ENE /2026

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	(-)	Lectura Anterior	(=)	Diferencia de lecturas	(X)	Factor	(=)	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	(X)	Valor Unitario	(=)	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	8.901		8.749		152		1		152	152		$800,09		$121.613
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$294,84		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $800,0862		X		Beneficio -15,00 %					$15.602
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $3.534 DIARIOS													SUBTOTAL:	$106.011

Otros cobros asociados a energía

MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$636
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-87
SUBTOTAL:	$549

Consumos + Otros cobros asociados a energía — (1) TOTAL ENERGÍA: $106.560

Otros cobros de productos y servicios

enel X

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

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

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

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

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

Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

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

Al momento de hacer tu reporte:

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

Al final recibirás un caso para hacer seguimiento.

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



NÚMERO DE CLIENTE
0601868-9

Documento Equivalente Electrónico No.
379255116-7

(415)7707209914253(8020)010601868937925511 67(3900)000000000106560

PAGO OPORTUNO
14 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$106.560

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

HC: 45	MICROCHIP: SI 900255003219086		FECHA: 27-07-26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zoe			COLOR: Blanco/pardo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 4 M	PESO: 7.6 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO___ MIXTO X OTRO___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gineth Daniela Acosta feria	DIRECCION Cl 64B 113F 80	TELEFONO 3202882207
CEDULA: 1233692565	CORREO ELECTRÓNICO: ghinet28@outlook.com	
BARRIO O VEREDA Engativá centro / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,11 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,06 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:
Enelth Acosta	1336920655

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:

00923809 7

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

I C C O L 0 0 9 2 3 8 0 9 7 4 1 5 0 0 1 < < < < < < < < < < <
9 8 1 2 0 3 5 F 3 2 1 1 1 7 5 C O L 1 2 3 3 6 9 2 5 6 5 < 3
A C O S T A < F E R I A < < G I N E T H < D A N I E L A < <

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.233.692.565



Apellidos
ACOSTA FERIA

Nombres
GINETH DANIELA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.63	F

Fecha de nacimiento	G.S.
03 DIC 1998	A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
07 DIC 2016, BOGOTA D.C

Firma
Gineth Acosta

Fecha de expiración
17 NOV 2032

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: **4041213-4**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379787015-9

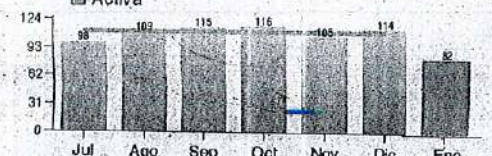
CLIENTE

AURA NELLY JAIMES VILLAMIZAR
CL 64 B NO 113 F 80 PI 2
INTERNO
BOGOTA, D.C. - ENGATIVA ZONA URBANA

05 505 6543 / 329200

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $785,09

CONSUMO DIARIO: 2,65 kWh

VALOR DIARIO: $1.283

PERÍODO FACTURADO: 04 DIC/2025 A 03 ENE/2026 | DÍAS FACTURADOS: 31 | CONSUMO MES 82 kWh | CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 110 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.

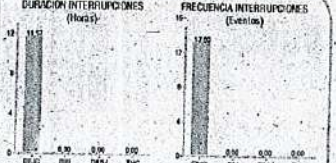
Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005055056543
RUTA LECTURA:	35055090157
MANZANA DE LECTURA:	MS00563689
MEDIDOR NO:	329200
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 466STR1 GRUPO: 11 IND: 0,00 VC: 0,00 CIC: 0,00
PERIODO: 2025/01 DE: 05:31 CF: 195,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %: 0,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

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

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 6140055 - 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.

¿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, MOVIRED, Baloto

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Olímpica, Éxito

Código QR

Si cancela en un corresponsal bancario, exija el desprendible del talonario. 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: $269,66 CV: $75,80 PR: $59,75 R: $15,70 CF: $0,00 / $785,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL56 466STR1 - 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 comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

Contra 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 presten los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjanos 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 02:43:38
FECHA EXPEDICIÓN: 07/01/2026 15:52:27

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.096.812-8.

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

UUID: 7cd7b6ec2a11fb6b0d8c2bb3a41ea41c9eaa0d3f27c1b63ef90c97111bedd631427c3c7b44c059b00be1237b0f625428a

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

HC: 46	MICROCHIP: SI 900255003225356		FECHA: 27-01-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Isis			COLOR: Gris/Blanco
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA MESTIZO	EDAD 6M	PESO: 2,8 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO X _REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Dannys Lorena Vergara Carranza	DIRECCION cl 81 #95C 74	TELEFONO 3202937823
CEDULA: 7018472523	CORREO ELECTRÓNICO: lornaVergara04@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Bochica	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Universitario	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:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: DIC/25. LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
92 l/m	27 r/m	38.0 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: ____

7. MEDICACIÓN

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.)	0,2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ____

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

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Gloria Vergara Callan 7d	1018472573

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.018.472.523

Apellidos
VERGARA CARRANZA

Nombres
DANNYS LORENA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.73

Sexo
F

Fecha de nacimiento
09 DIC 1994

G.S.
O+

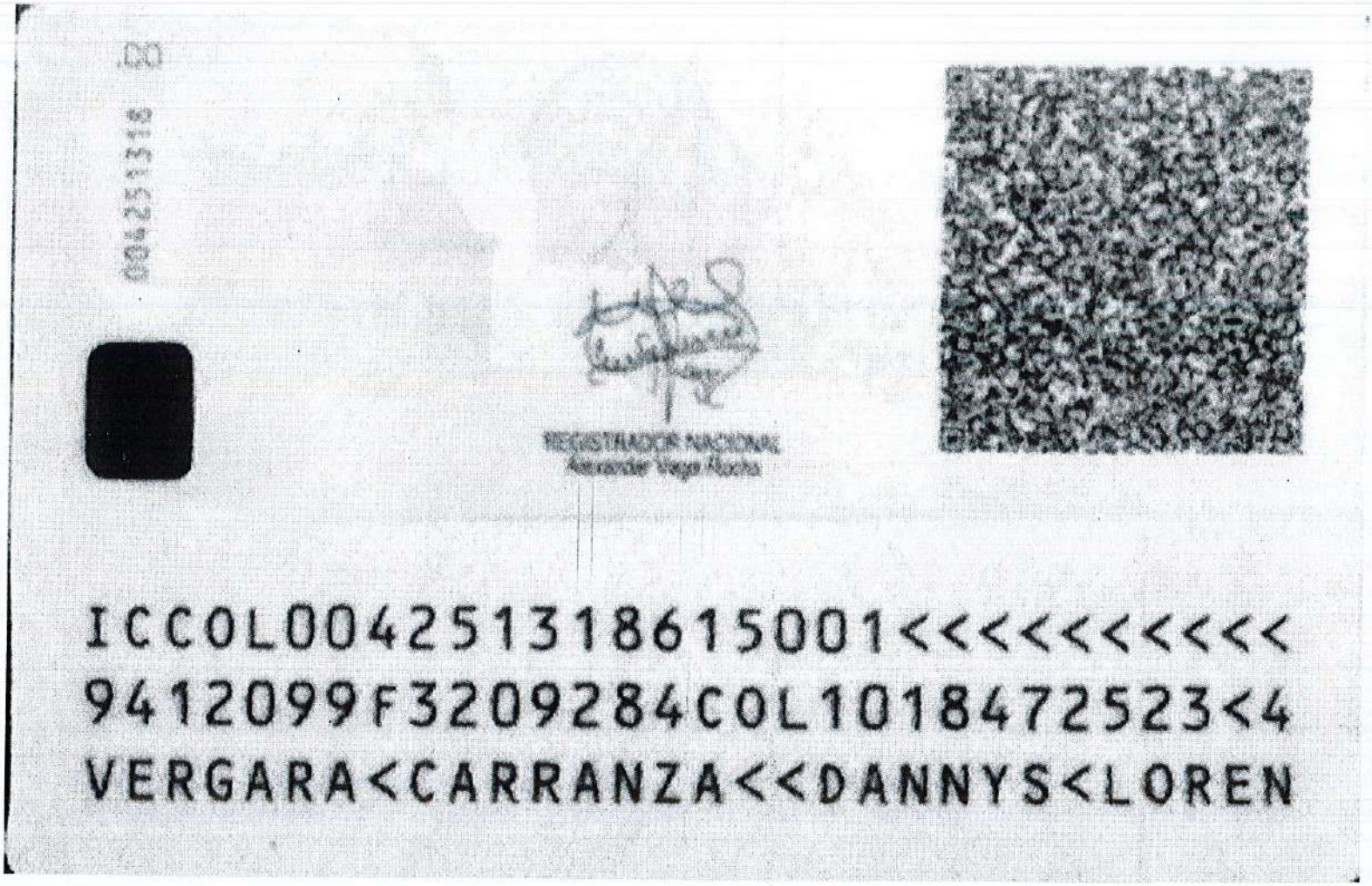
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
11 DIC 2012, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
28 SEPT 2032

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner

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.

REVISIÓN PERIÓDICA OBLIGATORIA DE GAS

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 · Red Ath · Bancoomeva · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Plata · Rappi Pay · dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 800.096.812-8 7048/27092025 VANTI

Presenta 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!

AURA MARIA AVILA
CL 81 95C 14 405 - BOCHICA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5107104-12065

Lote: P04GN **Ruta:** 0011460070470008700 **Código del Sector:** 344

Cuenta o referencia de pago **61592194**

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO **APROBADO ES:**

P04GN 0011460070470008700 72390 C1 344

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.

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago 61592194

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
23 Ene. 2026	24 Ene. 2026	Dic. - Ene. 2025	10 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	3M3	2.899,74	0,00	8.699,22
MENOS SUBSIDIO (32%)	1UN	-2.814,20	0,00	-2.814,20
AJUSTE DECENA	1UN	4,98	0,00	4,98

1 — Total $5.890,00

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

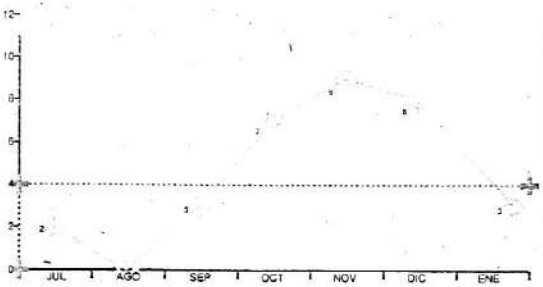
Total a pagar 1 + 2 + 3

$5.890,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
05 Dic. 2025	1486	REAL
07 Ene. 2026	1490	REAL

m^3 corregido= 1490 - 1486 * Factor de corrección = 3

Tu próxima lectura será

Entre 02 y el 07 de Febrero

Novedades de tu factura

CuVa $ 2543.69

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Jun. 2029

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m^3 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
Pr: 64.32 Cvm: 0.0 Cvim: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m^3 Tu consumo en m^3 de gas equivale: 35 kWh y el precio unitario del kWh es: $168.143

Factor de corrección

Vm: 4 Kp: 0.76628 Kt: 1.00645 Pb: 0.77122
Vc: 3 Tm: 13.71 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.751 Pm: 0.023 Pf pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77122

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)61592194(3900)00000000005890

72390 C1 Factura No. F15B73941221

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

HC: 47	MICROCHIP: SI Expiry-Date:2030/09/02 900255003231456	FECHA: 27-07-26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Gala		COLOR: Calico
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo EDAD 2A	PESO: 3.4 KG MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO____ MIXTO X OTRO _____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO_____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Myriam Amparo Mesa Palacio	DIRECCION CL 66C 124-8	TELEFONO 3142768925.
CEDULA: 52 125 768	CORREO ELECTRÓNICO: amparitomesal@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Engativa	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: Enero 2026	ULT. DESPARASITACIÓN: N/R	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 38,1 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: 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 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,24 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,13 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION 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 Perez MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	52 125 768

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 52.125.768

MESA PALACIO

APELLIDOS

MYRIAM AMPARO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-JUL-1973

LIBANO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

18-JUN-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00173965-F-0052125768-20090830 0015555563A 1 1150047612

SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil tenerla.

Tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.095.812-8 7045270820025 VANTI

¡Hola!

LUZ AMPARO ROA
CL 66C 124 B 01 00001 - ENGATIVA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077101-1060721

Lote: P12GN **Ruta:** 0011760143270005010 **Código del Sector:** 412

Cuenta o referencia de pago **61829244**

vanti Listo

Compra
[illegible]

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.800.000**



vanti Listo

Participa y gana uno de los
50 BONOS DE $1.000.000
por compras iguales o superiores a $2.500.000 haciendo uso de tu cupo Vanti Listo en tiendas aliadas.

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

ALKOSTO · K-TRONIX · exito

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasoriente S.A. ESP. Cupos TDC de acompañe ingresando a grupovanti.com/vantilisto/alianzas. Vanti Listo es la marca registrada para el servicio de financiación de consumo ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones, validaciones de la política de financiación, condición en grupovanti.co/vantilisto/financiación. Campaña válida hasta el 28 de diciembre de 2025, se entregarán un total 50 Bonos de Regalo por valor de $1.000.000 c/u. Los bonos no aplican en las cuotas 6, 12, 18 y 24 de diferido y serán entregados el 15 de Enero de 2026.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

412

0011760143270005010

P12GN

Factura de gas

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago 61829244

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

2	3	4
Pago oportuno 06 Ene. 2026	Fecha de suspensión 07 Ene. 2026	Periodo facturado Nov. - Dic. 2025	Emisión de tu factura 18 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	18M3	2.934,15	0,00	52.814,70
MENOS SUBSIDIO (33%)	1UN	-17.534,48	0,00	-17.534,48
AJUSTE DECENA	1UN	0,22	0,00	0,22

1 – Total $35.280,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

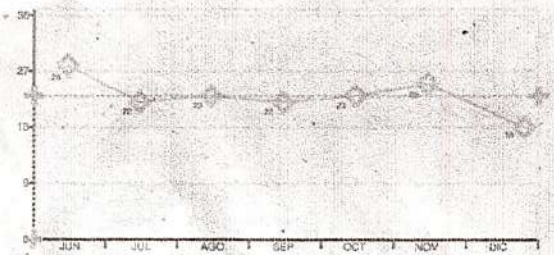
3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $35.280,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Dos | Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
18 Nov. 2025	7180	REAL
16 Dic. 2025	7203	REAL

m³ corregido= 7203 - 7180 * Factor de corrección = 18

Tu próxima lectura será Entre 13 y el 18 de Enero

Novedades de tu factura

CuVa $ 2570.50

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Mar. 2030

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1324.73 Tm: 582.57 Dm: 598.11 Cm: 0.0
Pr: 65.09 Cvm: 0.0 Cvtm: 0.0 Cvcm: 0.0
Com: 0.0 Fpam: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjm*Tu consumo en m³ de gas equivale: 213 kWh y el precio unitario del kWh es: $165.636

Factor de corrección

Vm: 23 Kr: 0.76727 Kt: 1.00634 Pt: 0.77213
Vc: 18 Tm: 13.74 Tc: 15.56 Pa: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 Pf pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77213

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPIE: 100.0



(415)7709998026025(8020)6182924(3900)0000000035280

Escanea el código QR

Emitida y validada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios Resolución 930000 Diciembre 27 2013 Rotulador No. (FA. Autoimpresores) Resolución No. 4859 del 17 Jul 1998 Autorización de numeración de facturación No. 18764039187697 del 21/03/2025 Habilitación electrónica desde Nº 50000001 hasta 60000000 con vigencia de 24 meses

NIT: 800.007.813-0 - Persona Física De Vista Y Tacha S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 143 de 1994

Grupo Tecnología y Servicios S.A.S. BIC

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

HC: 48 | 900255003219089 | FECHA: 21-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Abril | COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA Mestizo | EDAD 9m | PESO: 3.2 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO____COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO X PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Paz Erazo Jimenez | DIRECCION: CL 86 No 95D26 | TELEFONO: 3143120576

CEDULA: 1.065.653.283 | CORREO ELECTRÓNICO: mariperazo15@hotmail.com.

BARRIO O VEREDA Bachue 1 | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

FELINOS: TRIPLE FELINA: 11, 2025. 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
95 l/m	28 r/m	38.1 °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.)	0,22 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	Gina Paola Rodriguez G	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alzate Forero	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Maria Paz Cooro	1065653283

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 1.065.653.283
ERAZO JIMENEZ
APELLIDOS
MARIA PAZ
NOMBRES
FIRMA


A-1200100-00423278-F-1065653283-20130130 0032265767A 1 39481022
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CESAR ABEL SANCHEZ TORRES
16-JUN-2011 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
1,46 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
ASTREA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
FECHA DE NACIMIENTO 15-MAY-1993

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 ingresa a tu cuenta en

0625869-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379824040-5

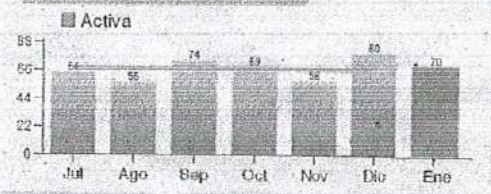
CLIENTE

ANA PETRONA LOPEZ SIMANCA
CL 86 NO 95 D 26 BQ 4 IN 12
INT 412
BOGOTA, D.C. - CIUDAD BACHUE I ETAPA

05 702 1701 / 4281585

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $785,09

CONSUMO DIARIO: 2,26 kWh

VALOR DIARIO: $1.995

PERÍODO FACTURADO: 04 DIC/2025 A 03 ENE/2026 | DÍAS FACTURADOS: 31 | CONSUMO MES 70 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de tu 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:	4,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007057021701
RUTA LECTURA:	37057040088
MANZANA DE LECTURA:	MS00563141
MEDIDOR NO:	4281585
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 025 de 2019

CONTÁCTANOS

Radicar y solicitar en enel.com/contacto/personas/radicaciones

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

318 560 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)

Enel Colombia | @EnelColombiaCO

Registro en línea 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 5140065 dirs.ncas@enel.com

Defensoría 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.

¿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: CORREO, efecty, Red Revel, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel Oficinas Chía, Girardot y Fusagasugá

Almacenes de Cadena: Jumbo

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exigir el documento del recibidor. El pago en corresponsal no es un acuerdo salvo en caso de retiro.

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: $205,60 CV: $75,50 PR: $59,75 R: $18,70 CF: $9,00 : $785,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: 0813112201701 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ext. Somos autorretenedores 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 10 de diciembre de 2009.

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

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

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y por el cliente para el uso de la factura como soporte de entrega. 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 diríjanse a los canales de atención definidos por esta Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 07/01/2026 01:52:48
FECHA EXPEDICIÓN: 07/01/2026 15:07:10

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios BAS BIC - Nombre del SW: CEN/Financiero - NIT 890.821.151-6

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.016.812-8

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

HC: 49	MICROCHIP: SI 900255003219743		FECHA: 27-07-26.

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Eclipse			COLOR: calico	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 4 M	PESO: 2.0 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: Liomar Mesa 611	DIRECCION CL 70B 108-02		TELEFONO 3702354940
CEDULA: 52 358 307	CORREO ELECTRÓNICO: xiomara978@gmail.com.		
BARRIO O VEREDA Bolivia	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL__		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/R	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa DIC/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: 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 X 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. 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.)	0,14 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,8 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 Tovar 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:
Jeanneth Mora	52358307 Bta

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **52.358.307**

MESA GIL

APELLIDOS

LIOMAR

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **17-FEB-1978**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-ABR-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1505500-01077734-F-0052358307-20190627 0065608975A 1 9908769231

132348

enel Bogotá

earth pact ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1881584-7**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 379412050-8

132348

CLIENTE

LISIMACO MARTINEZ BAEZ
CL 70 B NO 108 02 AP 300
PISO 3
BOGOTA, D.C. - BOLIVIA

03 512 2384 / 25759716

¡IMPORTANTE!
Te encuentras con facturas pendientes por pagar.
Evita sobrecostos y cobros jurídicos pagando inmediatamente.

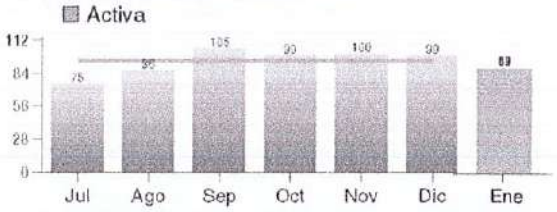
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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 $800,09

CONSUMO DIARIO: 3,07 kWh

VALOR DIARIO: $1.487

PERIÒDO FACTURADO: 02 DIC/2025 A 30 DIC/2025

DIÀS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 89 kWh

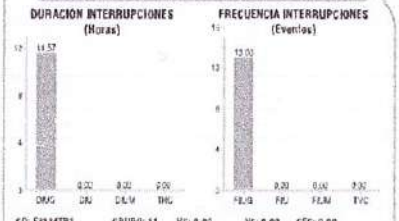
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 94 kWh

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

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	300050351223384
RUTA LECTURA:	35035010858
MANZANA DE LECTURA:	MS206101U1
MEDIDOR NO:	25759716
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



GD: SSSJATR1 GRUPO: 11 RD: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/11 Di: 275,15 CF: 100,00000 NC: 0,00 NF: 1,00 %E 0,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 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 enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 680 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale, MOVII, Nequi, tpaga

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

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel Únicamente Chile, Gi-ardot y Facatativá

Almacenes de Cadena: Olímpica, Metro

Código QR

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

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

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).

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL38-53824TR1 - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolucion No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 812 115, 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 812 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

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

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

FECHA GENERACIÓN: 05/01/2026 00:40:09
FECHA EXPEDICIÓN: 05/01/2026 16:03:16

CUDE: 0da10d6e8a8ecaa0bai263b80b051c5760fbe09bc6b5e4d6c1fdab1a7f8246cc9321141fc2d09d93cc90c0d849c91dae

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

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT: 830.096.812-8

4.189 - Página 1 de 2

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

HC: 50	MICROCHIP: SI 900255003219750		FECHA: 27-07-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Guadalupe			COLOR: Calico
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 8M	PESO: 3.7 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carolina Beltrán Ariza	DIRECCION CL 70B 113-32	TELEFONO 3209432277
CEDULA: 52463285	CORREO ELECTRÓNICO: carolinab1978@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA La Riviera / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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:	96	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	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,22 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	Dra. Eileen Nathaly Bedoya	FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL	M.V. UNAL T.P. 27701		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Mesa Forero	FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441		

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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]	V24632887

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 **52.463.285**

BELTRAN ARIZA
APELLIDOS

CAROLINA
NOMBRES

FIRMA





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
1149265 3

Número para pagos
17834946513

Número de esta factura de servicios públicos

Num. de identificación de este predio

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

BOGOTÁ
80114843-9

Datos del usuario

Tipo de productor RESIDENCIAL | Estrato 2
Und. Res. Ocupadas: 1 | Und. No Res. Ocupadas: 0 | Densidad 0.000
Und. Res. Desocupadas: 000 | Und. No Res. Desocupadas: 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
38.296,84	16.826,56	154.660,98

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$27.755	Ajuste a la decena -crédito-	$3.-
Subsidio	$29.102-		

Subsidio (-)	10%	Valor Aseo	$43.850
Aporte (+)	00%	Total ingresos del periodo	$43.850
Informativo - deuda total	Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual		

Histórico de vigencias cobradas

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

La tarifa incluye subsidio o aporte.

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Recharzo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas
0.0656	0.0380

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

¡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
Serie 24-699854
Tipo VELO015R200
Diámetro pulgadas ½

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

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 ↓

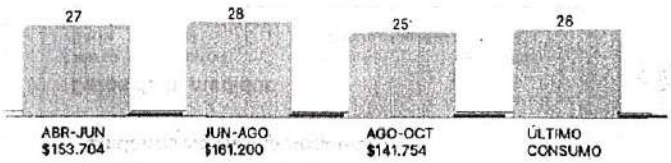
Llámanos **116** Acueducto **110** Aseo

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_08:41

Tu consumo en este período

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



En este período 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	02 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): 5c87d29604ccb42ce4efa9a2601c82b27ebe6e7c51ebc020e68195c68de1ed8739b3e6e7e428c9dbd251f1cd013266a6

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

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

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 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. mín. vital total	$26.970-
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

puntopay tpaga RappiPay Nequi Claro Pay ualá dale! Asa EAAB Cashback

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)7707200485271(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 sticker de reclamación, recibir solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarlse en un corresponsal bancario).

(415)7707200485271(8020)178349465130(3900)000000126958

26750

125508 6181

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

HC: 51	MICROCHIP: SI 900255003231444		FECHA: 27-07-26

ORIGEN : CES X PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zuny			COLOR: naranja	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA MESTIZO	EDAD 20M	PESO: 2.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO____	

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Paola Pintor Maldonado	DIRECCION CL 69 110D 75	TELEFONO 3108547600
CEDULA: 1014234214	CORREO ELECTRÓNICO: Paola.Pintor73 @gmail.com	
BARRIO O VEREDA Bolivia	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 95 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	0,3 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.)	0,2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,11 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:
Paola Pinto	1014234214

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 **1.014.234.214**

PINTOR MALDONADO

APELLIDOS

MARIA PAOLA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **05-JUL-1992**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-JUL-2010 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00251807-F-1014234214-20100824 0023539800A 1 35107694

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
72.593,68	33.653,12	154.680,98
Frecuencia Barrido:	03	Frecuencia Recolección:	03	%Participación	0.000%
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.00
Und. Res. Ocupada:	2	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0.000
Tipo de producto:	RESIDENCIAL			Estrato	2

Datos del usuario

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

BOGOTÁ 8013448-9

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	

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
$88.880	$84.787	$87.603	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
11162204

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
43466543519

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

aseo

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 Garcia
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: C2 RUTA: C22088

BIMESTRAL

11162204
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

43466543519
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 06:59:27	ENE/03/2026 09:08:20

¡Hola!

Factura a nombre de
PEDRO IGNACIO P

Dirección del predio
CL 69 110D 75

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 WATERTECH ITALIA Tipo VELO015T2
Serie 12-2603231 Diámetro pulgadas ½

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

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

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

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: 52	MIC 900255003231458	FECHA: 21-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kafira				COLOR: Tabby gris	
ESPECIE: CANINO_FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA mestizo	EDAD 18m	PESO: 3.4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____			

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO____COMPRADO____ADOPTADO X REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Claudia Teresa Valbuena Alarcon	DIRECCION Kra 111D 70d 17	TELEFONO 3004727056
CEDULA: 52792.319	CORREO ELECTRÓNICO: Valbuenaclaudia370@gmail.com	
BARRIO O VEREDA La Riviera — ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller	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:
12-2025	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: 25/01/2025 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 19/05/2025

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: 97 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosada

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.)	0.24 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.13 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ____

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

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

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 dias 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:
	3'2792319

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

NÚMERO **52.792.319**
VALBUENA ALARCON

APELLIDOS
CLAUDIA TERESA

NOMBRES

Claudia Valbuena

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-MAR-1981**
GUICAN
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-ABR-1999 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1524400-00336628-F-0052792319-20110918 0028110809G 1 37017652

91145

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: **1871705-1**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 379596392-6

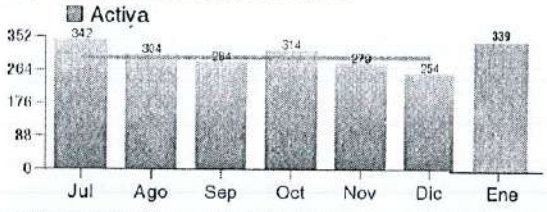
91145

CLIENTE

MANUEL IGNACIO TORRES
KR 111 D NO 70 D 17 PI 1
PI 1
BOGOTA, D.C. - LA RIVIERA

04 506 1587 / 1008964

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $785,09

CONSUMO DIARIO: 10,94 kWh

VALOR DIARIO: $7.326

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

DIAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 339 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 296 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.**

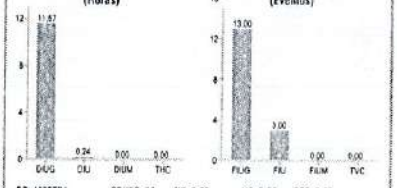
Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005045061587
RUTA LECTURA:	35045100052
MANZANA DE LECTURA:	MS20610105
MEDIDOR NO:	1008964
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 4836TR1 GRUPO: 11 NC: 0,00 VC: 0,00 EEC: 0,00
PERIODO: 2025/11 DI: 264,91 CF: 279,09000 NC: 0,00 MF: 1,00 %E 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 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

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

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

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

Billetera Virtual

dale! · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · efecty · Reval · MOVIRED · puntored

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

Encuentra Chia, Girardot y Fusagasugá

Código QR

Almacenes de Cadena

JUMBO · Metro

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

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
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: 6L36-4836TR1- - NIVEL DE TENSION 1 PROPIEDAD: Empresa

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

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

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

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

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

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 06/01/2026 01:57:09
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 17:19:55

CUDE: 1e9aede01da35f1b03c52a72a56875031a568debb8e9bea908d66692b0dc1153327950405be106a1a04d018dc6680e1

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.086.612-6.
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

91145

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: 53 | 900255003231450 | FECHA: 21-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Meluis				COLOR: Pardo	
ESPECIE: CANINO_FELINO X SEXO: HEMBRA Y MACHO	RAZA mestizo	EDAD 3A	PESO: 3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO Y	
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO Y	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO Y		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____		

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO X REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Naranid Parra Ruiz	DIRECCION CL 70 B No 111 - 85	TELEFONO 3106089737
CEDULA: 52.645.153.	CORREO ELECTRÓNICO: 3106089737@gmcorreo.com	
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 N.R	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa N.R	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/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:
97 l/m	29 r/m	38,8 °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.)	0,21 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su 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 Monsalve 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:
Luz Yaromid Parra R	52 645 153

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 **52.645.153**

PARRA RUIZ
APELLIDOS

LUZ NARANID
NOMBRES



Luz Naranid Parra R.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-SEP-1973**
VISTA HERMOSA
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-MAR-1992 USAQUEN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-5200500-69149341-F-0052645153-20060802 **00516** 06214A 02 177986944

93606

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: **2449620-7**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379563969-5

93606

CLIENTE

MARIA CRUZ
CL 70 B NO 111 85 AP CA 91
VILLA ALAMOS
BOGOTA, D.C. - BOLIVIA

04 506 1319 / 874514

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

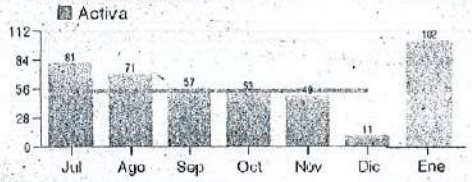
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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: 3,29 kWh

VALOR DIARIO: $1.595

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 54 kWh

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

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES: 102 kWh

Este mes tu vivienda registró la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y el **CONSUMO** presenta una variación. Encuentra los pasos a seguir en www.enel.com.co

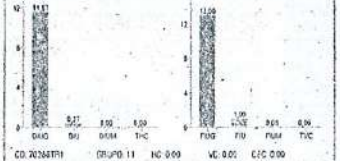
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005045081319
RUTA LECTURA:	35045111218
MANZANA DE LECTURA:	MS20610104
MEDIDOR NO:	874514
SUBCLASE:	Básica

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.

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 20.264791 | GRUPO: 11 | NC: 0.00 | VC: 0.01 | CFC: 0.00
PERIODO: 202511 | CI: 354,91 | CF: 49.000000 | MC: 0,00 | MF: 1.00 | *Ll: 0.00
*Los mayor desde cuando los resoluciones CREG 015 de 2018 y 016 de 2019

CONTÁCTANOS

- Trámites y solicitudes: enel.com.co/es/personas/solicitaciones
- Chat de servicio en: enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
- 318 690 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO
- Regístrate gratis
- Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	CONTÁCTANOS
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

¿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

dale! | MOVII | Nequi | tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED | efecty | Reval | MOVIRED | efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel Oficinas de Chía, Girardot y Facatativá

Almacenes de Cadena

Jumbo | Makro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, surte el descuento de tal cashback. El sello del corresponsal no es un requisito válido en caso de reclamo.

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 CP: $0,00 / $785,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: 6L39-7326NTR1 - NIVEL DE TENSIONES 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, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

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

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

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



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 01:58:35
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 17:17:13

CUDE: 9936a873aaaea2970fdf38cc4d935aec0962160ba37e617e7ff5018a9c4daaa2b20a650f461e01e2617bd4e9a1d6468e

Facturación impresa por Carvajal Soluciones S.A. Comunicación SAS NIT 800.096.622-6.

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

3959 - Página 1 de 2

(1) Total Energía	+	(2) Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO
$49.620		$0		$49.620	16 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN: 20 ENE/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 2449620-7

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 02 FEB /2026

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía a Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	31.989		31.887		102		1		102	102		$765.09		$80.079
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$299.66		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh X				Valor kWh $785.0883		X		Beneficio -38.24 %					$30.624

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $1.595 DIARIOS

SUBTOTAL: $49.455

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$2
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$273
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-110
SUBTOTAL:	$165

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA $49.620

Otros cobros de productos y servicios

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

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

(1) Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se 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 $103.863

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 -38.24 %

Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

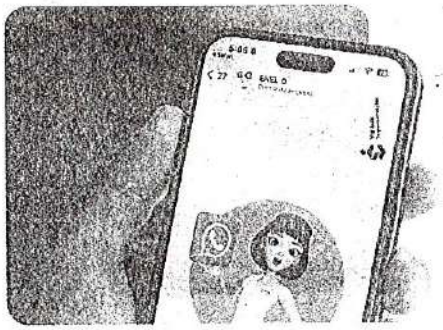
Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

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
2449620-7

Documento Equivalente Electrónico No.
379563969-5

(415)7707209914253(8020)012449620737956396 95(3900)000000000049620

PAGO OPORTUNO
16 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$49.620

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

HC		NO	FECHA:
54	900255003225354		21-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Cory				COLOR: Pardo	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA mestizo	EDAD 2A	PESO: 2.6KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO__
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO ____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO nacido en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Oscar Felipe Herrera Cervantes	DIRECCION CL 70c No 111A 75.	TELEFONO 3025552351
CEDULA: 1.102.863.491	CORREO ELECTRÓNICO: herreraoscarfelipeo4@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Boltuia	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N.R	12.2025	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: 14 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: 99 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 38,2 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: 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.)	0,18 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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	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:
Oscar Felipe Herrera Cervantes	1702 8634 01

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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


CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.102.863.491

Apellidos
HERRERA CERVANTES

Nombres
OSCAR FELIPE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.74

Sexo
M

Fecha de nacimiento
02 OCT 1994

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
SINCELEJO (SUCRE)

Fecha y lugar de expedición
15 NOV 2012, SINCELEJO

Firma

Fecha de expiración
23 MAYO 2033


CO

021353912

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL021353912428001<<<<<<<<<<
9410028M3305234COL1102863491<2
HERRERA<CERVANTES<<OSCAR<FELIP

aseo

Período 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

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

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

BIMESTRAL

10944112
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17834871810
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
ROCIO GUTIERREZ GALEANO

Dirección del predio
CL 70C 111A 75

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 VELOCISC
Serie 02015IB055027 Diámetro pulgadas ½

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 06:58:36	ENE/03/2026 09:02:41

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

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

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

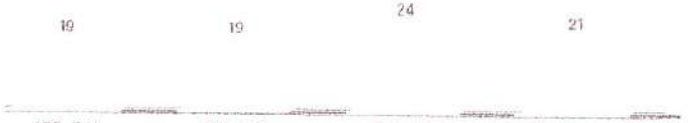
cadena.

6730

84943 416

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 21 m³



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período

21.000

Promedio al día

344

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	2850	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	2829	Base promedio	
Tu consumo este periodo	21	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	IBERCONTA	Tipo	VELOD15C
Serie	02015IB055027	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
$58.950,83		$55.987,52		$26.549-		$43.670
A		B		C D E F		G

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

Consulta el detalle aquí

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período

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

= **Total a pagar** $132.060

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): f7b93b44791f8f2acae9ca041925b18d00604103fa663180eee4486e36fbcfeccf43e3493279910e659577f5055b4726

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)	21,00	$3.745,79	-40	$31.465-	$2.247,47	$47.198,50
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$39.302-		$58.950,83

B Alcantarillado

	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.858,05	-40	$3.725-	$2.793,63	$5.587,10
Consumo residencial básico (m³)	21,00	$4.000,02	-40	$33.600-	$2.400,01	$50.400,42
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$37.325-		$55.987,52

* 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	$395	$1.351

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$1
D-ben. min. vital total	$26.970-
I-intereses de mora	$420
Subtotal	26.549-

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: Consulte los horarios y lista de puntos de atención en www.redcade.com.co

La EAAB-ESP cuenta con convenios de recaudo con Bancolombia, Popular, Davivienda, Scotiabank Colpatria, Occidente, Av Villas, Bogotá, Bancamía y Gnb

---

Aseo
Valor a pagar
$43.670

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si paga con cheque, girar dos cheques únicamente da 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)7707400499356(8020)175348716100(3900)00000043670

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$88.390

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)7707400455278(8020)178348715001(3900)00000088390

6730

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

HC: 55	MK: 900255003225355		FECHA: 21-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Fuego				COLOR: Carey	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA mestizo	EDAD 2 A	PESO: 2.4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO ____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO Nacido en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Oscar Felipe Herrera Cervantes	DIRECCION CL 70C No 111A 75	TELEFONO 3025552351
CEDULA: 1.102.863.491	CORREO ELECTRÓNICO: herreraoscarfelipeay@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:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N.R	12-2025	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: 14102025.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno 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	78 r/m	38,1 °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	0,8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,17 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,09 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:
Oscar Felipe Herrera Cervantes	1102863491

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.102.863.491



Apellidos
HERRERA CERVANTES

Nombres
OSCAR FELIPE

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.74	M

Fecha de nacimiento
02 OCT 1994

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
SINCELEJO (SUCRE)

Fecha y lugar de expedición
15 NOV 2012, SINCELEJO

Fecha de expiración
23 MAYO 2033

Firma

Oscar Felipe Herrera

.CO

021353912

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL021353912428001<<<<<<<<<<
9410028M3305234COL1102863491<2
HERRERA<CERVANTES<<OSCAR<FELIP

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

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

BIMESTRAL

10944112
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17834871810
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 06:58:36	ENE/03/2026 09:02:41

¡Hola!

Factura a nombre de
ROCIO GUTIERREZ GALEANO

Dirección del predio
CL 70C 111A 75

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 02015B055027 Diámetro pulgadas ½

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

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

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

cadena.

6730

84943 419

aseo

Período 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

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 21m³



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al dia
21.000	344

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	2850	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	2829	Base promedio	
Tu consumo este periodo	21	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	IBERCONTA	Tipo	VELO015C
Serie	02015IB055027	Diametro 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
$58.950,83		$55.987,52		$26.549-		$43.670
A		B		C D E F		G

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

Escanea y paga virtual

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

= **Total a pagar** $132.060

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): f7b93b44791f8f2acae9ca041925b18d00604103fa663f80eee4466e36fbcfeccf43e3493279910e669577f5085b4735

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)	21,00	$3.745,79	-40	$31.465-	$2.247,47	$47.198,59
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$39.302-		$58.950,83

B Alcantarillado

	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.556,05	-40	$3.725-	$2.793,63	$5.587,10
Consumo residencial básico (m³)	21,00	$4.000,02	-40	$33.600-	$2.400,01	$50.400,42
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$37.325-		$55.987,52

* Corresponde a consumos de hasta 11m³ mensuales (22m³ bimestrales). **(+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1,2 e 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	$398	$1.351

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$1
D-ben. min. vital total	$26.970-
I-intereses de mora	$420
Subtotal	26.549-

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: Cobro de servicios públicos, recaudo de impuestos nacionales y otros conceptos. — La EAAB-ESP no cobra comisiones en los corresponsales bancarios. Puntos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Éxito, Olímpica, Av Villas, Bogotá, Sudameris, Citi

---

Aseo
Valor a pagar
$43.670

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PUBLICO No.
Si paga con cheque, gírar 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 corresponde al valor de acueducto y cuál al valor de aseo

(415)7707200489898(8020)17834571B0013e60(3900)00000043670

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$88.390

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

(415)7707200455270(8020)17834571G101(3900)00000088396

6730

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

HC		NO	FECHA:
56	900255003225357		21-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Amber				COLOR: gris	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA mestizo	EDAD 5A	PESO: 3.5 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X	
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO____		

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO X REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yadith Sylvana Parra Castro	DIRECCION CL 69d No 111C-29		TELEFONO 3144064964.
CEDULA: 1.023.162.432	CORREO ELECTRÓNICO: Sylvanaparra@gmail.com.		
BARRIO O VEREDA Villa dorado	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
10-2025	N.R.	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: 28 10 2024.

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 °c	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES: ——

7. MEDICACIÓN

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.)	0,25 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,14 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ——

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Eileen Nathaly Bedoya M.V. UNAL Valentina Alonso T.P. 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	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: 1023162432

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.023.162.432
PARRA CASTRO

APELLIDOS
YADITH SYLVANA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-ABR-2004
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

07-MAY-2022 LA BELLEZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

INDICE DERECHO

A-1500150-01496410-F-1023162432-20250228 0144151152A 1 8514644670





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-ABR-2004
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-MAY-2022 LA BELLEZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

A-1500150-01496410-F-1023162432-20250228 0144151152A 1 8514644670

Por favor dobla y rasga para abrir la factura





Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

» Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARNAVAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.056.812-8 7048-27002025 VANTI

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

FACUNDO PRIETO
CL 69D 111C 29 03 00001 - VILLA DORADO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5187101-275619

Lote: P98GN Ruta: 00116703913600005110 Código del Sector: 366

Cuenta o referencia de pago 61569379

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.800.000



vanti Listo

Participa y gana uno de los
50 BONOS DE $1.000.000
por compras iguales o superiores a $2.500.000 haciendo uso de tu cupo Vanti Listo en tiendas aliadas.

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

Éxito · Jumbo · ALKOSTO · K-TRONIX · Falabella · EL IMPERIO

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasoriente S.A. ESP. Genera TAC de la campaña organizada o gestionada con/en/para/a/de/en/con/en Vanti Listo en la marca que identifica el servicio de financiación sin bancarios ofrecidos por el Grupo Vanti. Aplican condiciones, beneficios en la política de financiación/cumplimiento, consultar política de financiación/cumplimiento, Campaña válida del 28 de noviembre al 24 de diciembre de 2025, en compras en un total 50 bonos de Pregiftcard redimibles cada uno, por un valor de $1.000.000. Los bonos se entregarán los días 11, 12, 23 y 26 de diciembre y serán entregados el 31 de Enero de 2026.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

C1

Factura de gas

Diciembre 2025

Concepto o referencia de pago: 61569379

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 29 Dic. 2025
2. Fecha de suspensión: 30 Dic. 2025
3. Periodo facturado: Nov. - Dic. 2025
4. Emisión de tu factura: 15 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	5M3	2.934,15	0,00	14.670,75
MENOS SUBSIDIO (59%)	1UN	-4.870,63	0,00	-4.870,63
AJUSTE DECENA	1UN	0,06	0,00	0,06
Vant Mas Con Permanencia F	1UN	11.924,37	2.285,63	14.190,00

1 Total: $23.990,00

Tus financiaciones

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

2 Total: $0,00

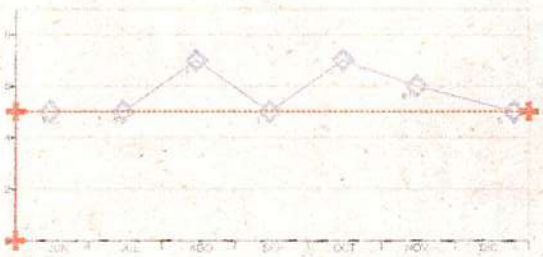
3 Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1+2+3: $23.990,0

Paga por: pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso: Residencial | Estrato/Categoría: | Días de consumo: 29

Fecha	Lectura	Tipo
12 Nov. 2025	4554	REAL
10 Dic. 2025	4581	REAL

m³ corregido= 4581 - 4554 * factor de corrección 0,9

Tu próxima lectura será: Entre 07 y el 12 de Enero

Novedades de tu factura

CuVa $ 2570,50

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: **31 Oct. 2030**

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 1385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de: $2.571,

Sep $2.713 Oct $2.746 Nov $2.742

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

Componentes tarifarios

Gm: 324,10 Tm: 912,67 Dm: 508,11 Cm: 0,0
Pr: 76,50 Cvm: 0,00 Cdm: 0,0 Ccvm: 0,0
Cmc: 0,0 Fpcm: 42,50 DAUR: 0,0 DAUNR: 0,0

Mjor! Tu consumo en m³ de gas equivalente a kWh y el precio unitario del kWh estos

Factores de corrección

Vm: 1 Km: 0,7227 Kt: 1,00631 Ft: 0,77211
Pc: 1 Tm: 0,75 Tc: 0,96 Pc: 1,01008
Pm: 0,75 Pmc: 0,921 Pmp: 1,0

Factor de corrección: 0,77211

Indicadores de calidad

IRST: Cal: DES: 0,0 ID: 100,0 IPR: 100,0



(415)7709998026(8200)0261561079139001)000000003990

Factura No. F15B71B60811

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

HC	57	900255003225352	NO	FECHA: 21-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Bonnie	COLOR:	Pardo

ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA mestizo	EDAD 2A	PESO: 2.4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

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

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO X_REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Dguia Casallas Tavera	DIRECCION Kra 102 No 70 - 15	TELEFONO 3124807210
CEDULA: 51578605.	CORREO ELECTRÓNICO: dcasallas1960@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Villa del mar	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: 11-2025	ULT. DESPARASITACIÓN: 09-2025.	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: 09 2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Ketamina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,17 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,09 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	Dra. Eileen Nathaly Bedoya M.V. UNAL T.P. 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
[signature]	51578605

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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


CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 51.578.605

Apellidos
CASALLAS LAVERDE

Nombres
DIVIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
16 NOV 1960

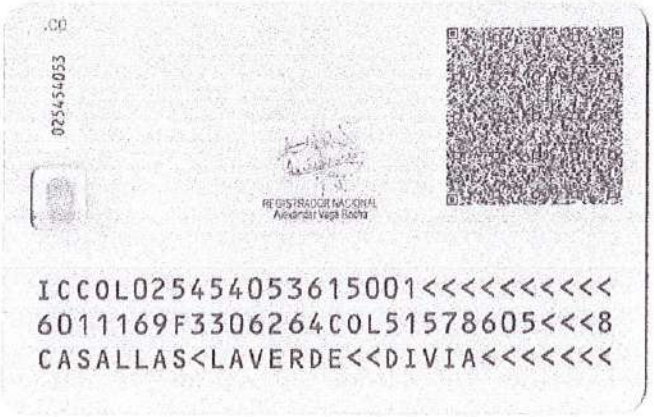
G.S
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedicion
16 ABR 1979, BOGOTA D.C

Firma

Fecha de expiracion
26 JUN 2033


.CO

025454053

REGISTRADOR NACIONAL
Alexandra Vega Rocha

ICCOL025454053615001<<<<<<<<<<
6011169F3306264COL51578605<<<8
CASALLAS<LAVERDE<<DIVIA<<<<<<<

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas de nuestros canales virtuales

2285704-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 379275169-2

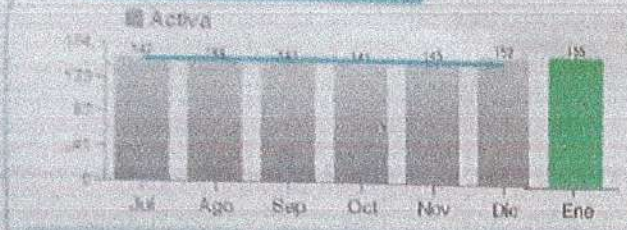
CLIENTE

LAVERDE CASALLAS MARIA ESTER
KR 102 NO 70 15 IN 74
URB BOSQUES DE TIERRA GRATA
BOGOTA, D.C. - VILLA DEL MAR

02 514 5414 / 754997

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $747,31

CONSUMO DIARIO: 5,17 kWh

VALOR DIARIO: $3.375

PERIODO FACTURADO: 30 NOV/2025 A 29 DIC/2025

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 155 kWh

CONSUMO PROMEDIO 6 MESES: 151 kWh

¡Ten más tranquilidad, accede a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía de tu cuenta electrónica de forma virtual!

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:	4
CARGA kW:	4,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	300050251454 14
RUTA LECTURA:	35025091013
MANZANA DE LECTURA:	MS200153A1
MEDIDOR NO:	754997
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

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

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

318 890 6002 (Llame Bot o pase Asesor)

Enel Colombia @EnelColombiaCO

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

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

LÍNEA GRATUITA: 115 Disponible las 24 horas

EMERGENCIAS: 603 32 40 000

CANALES DE ATENCIÓN

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

defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

App Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online · Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual

Daviplata · Bancolombia a la mano · dale! · MOVII · Nequi · Tpaga

Corresponsales Bancarios

Red Digital

RED CADE

Centros de Servicio

enel Colombia Gas, Energía y Proyectos

Código QR

Almacenes de Cadena

Éxito · Carulla

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



En esta factura ves un consumo adicional que corresponde a un valor no cobrado en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y se aplica los beneficios [illegible] conforme a la Ley 142, 1624 (art. 150)

COMPONENTES TARIFA APLICADA / Componentes del costo — Vigencia: NOV/2025

IMPORTANTE: [illegible]

CUDE: [illegible]

FECHA DE GENERACIÓN [illegible]

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

HC		NO	FECHA:
58	900255003225345		21-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Senchi				COLOR: Cafe amarillo	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA mestizo	EDAD 1 A	PESO: 3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X	
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____		

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO__X__COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jennifer Leon Franco	DIRECCION Dg 77 No 121-J D13A19	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: 12-2025	ULT. DESPARASITACIÓN: 11-2025.	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: 02 2025 LEUCEMIA: RABIA: 02 2025.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	92	l/m	F. RESPIRATORIA:	26	r/m	TEMPERATURA:	38.0	ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: 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.)	0,21 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ____

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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	Gina Paola Rodriguez G	FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL	Medica Veterinaria MSc T.P. 9743		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Mesa Perez	FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441		

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 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

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

SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PAGALA A TRAVÉS DE:



Escanea el código QR, inscríbete en el envío diario 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 vigente entre el 15/12/2025 y 19/01/2026. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Puedes agendar tu revisión con el oferente preferencial de inspección acreditado ante la SNAC. Ver Tips 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 uno o varios cuentas contratos en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Davivienda · Bancolombia · BBVA · 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 Banca Davivienda
- Red CADE
- Banca GNB Sudameris
- Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

CANAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT 900.095.812-8 7300270820205 (VANTI)

¡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

TU CUPO VANTI LISTO
APROBADO ES:

vanti

TU COMPRA EMPIEZA caneando el QR!



Remitente VANTI
CLAUDIA CECILIA ACOSTA
DG 77 121 1 D13 A19 00001
BOGOTA
Cuenta 6225-214
88722
0115031225088722

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

...sta 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://me.grupovanti.com/

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia

...300 de 2023.

361
0011670550210205000
P03GN
88722
C1

Cuenta o referencia de pago 62254214 BOGOTÁ

NIT: 900.997.813-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1 Pago oportuno	2 Fecha de suspensión	3 Periodo facturado	4 Emisión de tu factura
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

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

2 – Total $0,00

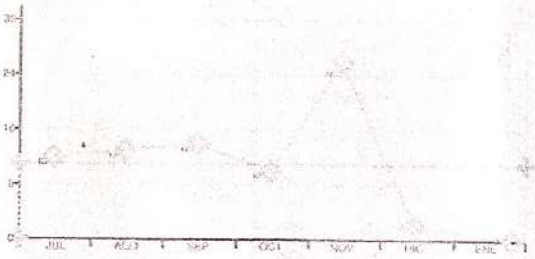
3 – Valor facturas vencidas $0,48

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

Cuva 5 2543.59

Estimado cliente recuerde que tiene entre Oct.2025 y el 31/03/2026 para realizar la Revision Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/04/2026 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059 2012)

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $71.899

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 el reglamento técnico de instalaciones (Res. CREG 059 de 2012 y 41 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: 1936.52	Pm: 549.31	Dm: 594.74	Cm: 0.0
Rm: 65.02	Com: 0.0	Qcm: 0.0	Scom: 0.0
Com: 0.0	Fpcm: 42.475	DAC_R: 0.0	Dscom: 0.0

Mpm³ lo costumo en m³ de gas equivale: 0

Con y el precio unitario del kWh es: $0.0

Factor de corrección

Vm: 0	Km: 0.76029	Pz: 1.00645	Fc: 0.77122		
Vc: 0	Zm: 0.71	Tz: 15.56	Hs: 1.01008		
Fpz: 0.751	Fm: 0.023	Pb pc: 1.0			

Factor de corrección: 0.77122

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IR: 100.0 IPR: 100.0



(415)7709993026025(8020)6254214(3900)0000

Factura No. F158737058322

88722

C1

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

HC	MIC	FECHA
59	900255003219093	21-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE	COLOR	
Kira	Pardo	

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 1 A	PESO: 2.6 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

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

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO X REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCION	TELEFONO
Rosa Maria Gomez Blanco	CL 67 bbis No 111-42	3124206402

CEDULA	CORREO ELECTRÓNICO
24130249	3124206402@hotmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO	LOCALIDAD
Bolivia	2	ENGATIVÁ

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

3. ANAMNESIS

En buen estado.

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N.R	10-2025.	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: 09-2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS:

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
97 l/m	28 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.)	0,18 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Eileen Nathaly Bedoya M.V. UNAL	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Monsalve Ruiz 27204 MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Rosa María Cáceres	24130249

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 **24.130.249**

GOMEZ BLANCO
APELLIDOS

ROSA MARIA
NOMBRES

Rosa maria Gomez Blanco
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-JUN-1968**
SUSACON
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-FEB-1987 SUSACON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500113-45157144-F-0024130249-20070309 **04878** 070670 02 227668103

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. ESP.
NIT 900.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para consultas y pagos, tu número de cliente es:

4531767-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379587354-3

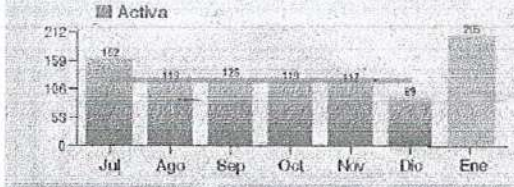
CLIENTE

ROSA MARIA GOMEZ BLANCO
CL 67 B BIS A NO 111 42 PI 2
PISO 2
BOGOTA, D.C. - BOLIVIA

04 507 3374 / 120482

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO HISTÓRICO



VALOR kWh APLICADO: $785,09

CONSUMO DIARIO: 6,61 kWh

VALOR DIARIO: $5.933

PERÍODO FACTURADO: 03 DIC 2025 A 02 ENE 2026

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES: 205 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 99 kWh

Evita multas, suspensiones y reconexiones. Revisa tu FACTURA DE TU MEDIDOR y el CONSUMO promedio 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:	30005045073374
RUTA LECTURA:	35045150396
MANZANA DE LECTURA:	MS20610152
MEDIDOR NO:	120482
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 2018

CONTÁCTANOS

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

Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/hoy-te-atendemos

226 890 8003 (Llama Bot o pasa Asesor)

Enel Colombia @EnelBotaraCO

Registrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

EN LA UBICACIÓN DEL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAR
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140055 denuncias@enel.com

OFICINAS DEL CLIENTE

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale!, RAPIPAY, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONSÉRED, efácil, Red Val, Baloto, Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Éxito

Código QR

Pagos en un corresponsal bancario, exige el descorrible del pantallazo. El sello del corresponsal no es un recibo válido en caso de reclamo.

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



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

G: $267,05 T: $54,14 D: $269,66 CV: $75,60 PR: $59,75 R: $18,79 CF: $0,00 / $785,09 Costo kWh Mes

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 02:20:04
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 16:02:07

NURO: 11 CIRCUITO: 01 33-800TRO-- NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Sobre aprovechamientos según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 15 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 dicho sobre de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9001 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

Lo establecido en 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 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 (Peajes de Comercial, de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirígete a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 900.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 800.321.151-0

Página impresa por Centro de Soluciones de Consumidores SAS NIT 900.226.412-6

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	3 Total a Pagar	PAGO OPORTUNO
$122.260		$0		$122.260	16 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN: 20 ENE/2026

ENERGÍA — No. de cuenta: 4531767-8 — Fecha de facturación: 02 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real — **Situación encontrada: Proceso analítica datos**

CALCULO CONSUMO DE ENERGIA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	−	Multiplicador de Medida	×	Ajuste	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	×	Valor kWh	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	14.514		14.609		205		1		205	205		$785,09		$160.943
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$280,66		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 150,00 kWh				Valor kWh $785,0883		X		Beneficio -30,24 %					-$39.030

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $3.933 DIARIOS

SUBTOTAL: $121.913

Otros cobros asociados a energía

MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$565
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-218
SUBTOTAL:	$347

Otros cobros = Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $122.260

Otros cobros de productos y servicios

enel X

Te invitamos a conocer el detalle de los productos y servicios a cobro en la APP, tu Sucursal Online en la página web o mediante la FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

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

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE 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 en Ibagué es de $103.663

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Credito Fácil COLOMBIA 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 -30,24 %

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
4531767-8

ocumento Equivalente Electrónico No.
379587354-3

(415)7707200914253(8020)0145317678378587354(3900)000000000122260

PAGO OPORTUNO
16 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$122.260