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

HC: 56	900255003219234	NO	FECHA: 25-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Noah				COLOR: Calico.	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA mestizo	EDAD 5m	PESO: 2.4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X	
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO Y	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO____ MIXTO Y OTRO _____			

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO___X___COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Maria Palaao Ortiz	DIRECCION Kra JJJ C No 80-20	TELEFONO 3232282378	
CEDULA: 1.015.450.970	CORREO ELECTRÓNICO: apalaao2716@gmail.com		
BARRIO O VEREDA Ciudadela Colsubsidio	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnico N.S/NR.	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__		

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 130 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 37,8 °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	0,1 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 Ingrid J Yepes C.	FIRMA	Ingrid A Yepes C
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICO VETERINARIO U.A.N T.P 29240		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Forero	FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441		

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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:
Ana María Portocarrero Cruz	1015450970 Bogotá

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.015.450.970**
PALACIO ORTIZ
APELLIDOS
ANA MARIA
NOMBRES

Ana Maria Palacio Ortiz
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **20-DIC-1994**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-ENE-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00432305-F-1015450970-20130422 0032787511A 1 39741008

Bogotá

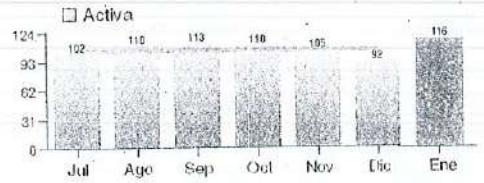
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

1282645-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379946866-2

CARLOS A PALACIO V YO
KR 111 C NO 80 20 IN 44 AP 201
INT 44 APTO 201
BOGOTA, D.C. - CIUDADELA COLSUBSIDIO

06 705 7877 / 6001105



VALOR kWh APLICADO
$785,09

CONSUMO DIARIO:
3,63 kWh

VALOR DIARIO:
$2.419

PERÍODO FACTURADO:
05 DIC/2025 A 05 ENE/2026

DÍAS FACTURADOS: 32

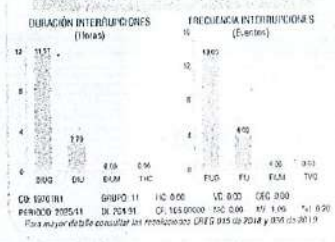
CONSUMO MES
116 kWh



¡Te invitamos a tener acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentre dentro de lo habitual!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007087057877
RUTA LECTURA:	37067130414
MANZANA DE LECTURA:	MS00565003
MEDIDOR NO:	6001105
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.

Trámites y solicitudes enel.com/oficinas/personas/solicitudes.html
Chat de servicio en enel.com/oficinas/personas/chat-de-atencion.html
316 890 6003 (Elena Bot o para Asesor)
Zona privada de la página Web
Enel Colombia @EnelBotEnelCO
App Enel Clientes Colombia
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Gratuito las 24 horas
601 5140055 denuncias@enel.com.co
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-el-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

Billeteras Virtuales: dale, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Reval, MOVII, efecty

Red Digital: RED CADE

Centros de Servicio

Código QR

Alianzas de Cobro: Efecty

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

Proveedor Tecnológico: Consorcio Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: OEInformacion - NIT 900.321.151-0

d8c8c9e2e45d3726558cea5d5afadbb2aa02ba1459f763111c058c736ccd422176bd3146de

20 ENE /2026

$77.810 $405.520 $483.330 22 ENE/2026

1282645-4 04 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGIA ACTIVA	16.342	116	1	116	116	$705.09	$81.870
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	0	0	$289.66	$0
SUBSIDIO							$13.661

ESTE MES LA ENERGIA CUE DISPONIBLE TE COSTO $2.478 DIARIOS

Valor kWh $785.0883 X Beneficio -15.00 %

SUBTOTAL: $77.409

Ajustes a la decena
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA $405.520
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA

SUBTOTAL: $-70 $101

Ref. Pago Cred. Empresa
$1472

27 ENE 2026 4795

$77.810 $405.520

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

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

ESTIMADO CLIENTE: Se aplicó subsidio del 15.00 % para el consumo de subsistencia (0 - 130 kW/mes) cs de -15.00 %

Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

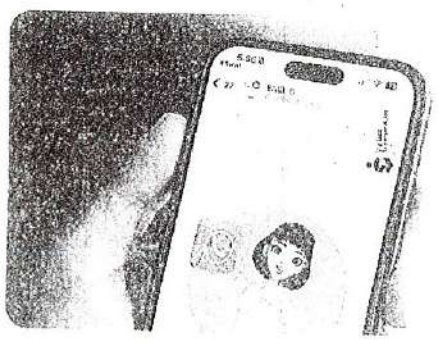
Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

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.

Esta Factura es vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.



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

PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

Expiry-Date: 2030/09/02

900255003225652

HC: 57	MICROCHIP: SI	FECHA: 25 01 26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: canela			COLOR: carey	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 9M	PESO: 4.0 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: Valeria Permuta Sari Agusta Chavez	DIRECCION Cl 69 BIS 111A 47	TELEFONO 3222836541
CEDULA: 1024508690	CORREO ELECTRÓNICO: valeriagusta03@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Bolivia / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachillerato NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 0K/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: I. II. III. IV. V. VI. E.	CONDICIÓN CORPORAL: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 37,9 °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.)	0,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1024508690

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 CREMATORIO ☐ DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL CREMADOR ☐

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.024.508.690

AGUSTA CHAVEZ

APELLIDOS

VALERIA PERMATA SARI

NOMBRES

Agusta Ch.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-DIC-2003

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

07-DIC-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01273101-F-1024508690-20211214 0077450825A 2 8503569394

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

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



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



Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Pago único de varias facturas

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7048/20122023

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

MARIA MELVA PRIETO
CL 69 BIS 111A 47 01 00001
000000

vanti
Más formas de avanzar

Medidor Gas N° 5117103-300003907

Cuenta o referencia de pago **61613551**

vanti LISTO

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

Tu cupo de crédito aprobado
0



Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Oficina virtual
www.grupovanti.com/oficinavirtual

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Lote P13G Ruta 00116703477650O Código del sector 366

Factura de gas

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago **61613551**

Vigilado Superservicios

NIT:8000078135
VANTI S.A. ESP

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
05 Feb. 2026	06 Feb. 2026	Dic. - Ene. 2025	22 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	5M3	2.899,74	0,00	14.498,70
MENOS SUBSIDIO (32%)	1UN	-4.690,33	0,00	-4.690,33
AJUSTE DECENA	1UN	1,63	0,00	1,63

1 — Total 9.810,00

Tus financiaciones

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

2 — Total 0,00

3 — Valor facturas vencidas

0,00

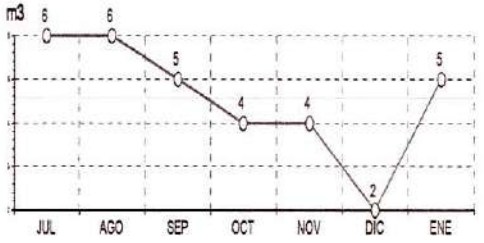
Total a pagar (1 + 2 + 3)

9.810,00

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencia Estrato/Cat. Dos Días de consumo 33

Fecha	Lectura	Tipo
17 Dic. 2025	4.399	REAL
18 Ene. 2026	4.406	REAL

m³ corregido = 4406 - 4399 * Factor de corrección = 5

Tu próxima lectura será

Entre 13 y el 18 de Febrero

Novedades de tu factura

CuVa $ 2543.69

Revisión Periódica Obligatoria

Fecha próxima revisión

31 Dic. 2027

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

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:	1.335,32	Tm:	549,31	Dm:	594,74	Cm:	0,00
Pi:	64,32	Cvm:	0,00	Cufm:	0,00	Cuvm:	0,00
Ccm:	0,00	Fpcm:	42,48	DAUR:	0,00	DAUNR:	0,00

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 59

kWh y el precio unitario del kWh es: 166,24

Factor de corrección

Vm:	7	Kp:	0.76667	Kt:	1.00659	Pt:	0.77172
Vc:	5	Tm:	13.67	Te:	15.56	Pe:	1.01008
Pa:	0.75100	Pm:	0.02340	Fpv:	1.00		

Factor de correción: 0.77172

Indicadores de calidad

IRST: 100.00 DES 0.00 ID: 100.00 IPII: 100.00



(415)7709998026025(8020)61613551(3900)00000000009810

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

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUIR 2-1101000-6. VANTI S.A. ESP. NIT: 800 007 813-5 - Revisor fiscal Deloitte & Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art.130 de la ley 142 de 1994

Código Único de Facturación Electrónica e6c49d9d9fd83072247c6433221c6adcca8686b0867578210cbcc8468d38c0b43af8092ad6f19c253dec5668b883 Fecha de generación 22 Ene. 2026 a 01:07:51 Forma de pago Crédito 14 días

Factura electrónica de venta FE1581206831

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

Expiry-Date:2030/09/02
900255003225651

HC	MICROCHIP:	FECHA:
58		25-07-26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Nieves		Blanco / amarillo

ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 7 8M	PESO: 4.2 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Yudi Nathaly Vanegas Chaparro	AC 80 102-16	3222450631
CEDULA: 53165788	CORREO ELECTRÓNICO: Yudivanegas2@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Bochica / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
01/25	N/a	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: NOV / 24 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: 138 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 37.6 °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	1,3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Yudi Vanegas	53 165 788

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 ☐ RECHAZO DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 53.165.788
VANEGAS CHAPARRO

APELLIDOS
YUDI NATHALY

NOMBRES
Yudi Vanegas

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-AGO-1985
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
13-AGO-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01263448-F-0053165788-20211105 0076140252A 2 8502765224

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE



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



Agenda y certifica tu Revisión Periódica Obligatoria de gas antes del 15 de enero con precio de 2025

¡Ahórrate el incremento de tarifa del 2026!

Aplica sobre el cargo de las primeras dos cantidades del Grupo Vanti. Consulta válida entre el 15-01-2025 y el 31-01-2025. Descuento del 10% sobre la tarifa de gas natural facturada. Pago de agendamiento hasta en dos cuotas sin intereses con la CHEQUEA. Para conocer términos y condiciones ingresa a

Mundo digital Vanti

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

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

Bancolombia · Banco BBVA · Banco Pichincha · Nequi · Daviplata · dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica sola para emergencias

Atención todos los días las 24 horas

Fijo - Móvil: 364 ó 01 8000 919 115 / 01 8000 111 694

Atención presencial

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

Señor usuario, si usted no paga y considera que no debe hacerlo, en caso de que su inquietud no sea atendida en forma satisfactoria por el prestador, puede acudir ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los 5 días hábiles siguientes. Para mayor información comuníquese a la línea gratuita nacional 018000 910 305 o visite la página www.superservicios.gov.co. Los usuarios tienen derechos y deberes establecidos en la ley 142 de 1994 y puede hacer observaciones de la factura en cualquier momento y ante cualquier

COPIA AL CONSUMIDOR ES COMERCIALIZADORA DE GAS S.A. ESP. NIT 900.626.030-7

¡Hola!

DIANA PAOLA DIAZ VASQUEZ
AC 80 102 16 INT 103 00306 - BOCHICA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5157198-53967

Lote: P07GN **Ruta:** 0011470402100006100 **Código del Sector:** 239

Cuenta o referencia de pago **61096631**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti

¡TU COMPRA EMPIEZA escaneando el QR!



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

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 784
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 318 416 4134

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

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

Cambia la forma de recibir tu factura

239
0011470402100006100
P07GN

Enero 2026

Cuenta a referenciar de pago 61096631

Fechas importantes

Inicio lectura	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de la factura
26 Ene. 2026	29 Ene. 2026	Dic. - Ene. 2025	15 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal (A*B)+C
CONSUMO GAS	7M3	2.543,69	0,00	17.805,83
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	4,17	0,00	4,17

1 – Total $21.990,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

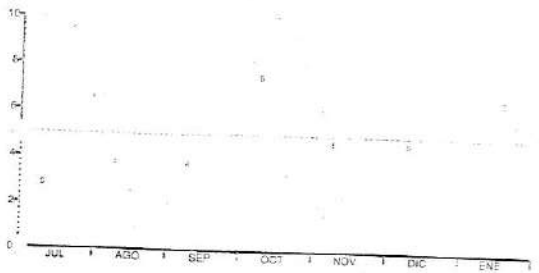
3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $21.990,0

Pague hasta

Escanee el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Barrio/Cod.Tres Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
10 Dic. 2025	4001	REAL
09 Ene. 2026	4010	REAL

m³ consumidos 4010 - 4001 * Factor de corrección = 7

Tu próxima lectura será Entre 08 y el 11 de Febrero

Novedades de tu factura

Estimado cliente recuerde que tiene entre Nov/2026 y el 30/04/2026 para realizar la Revision Periodica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/05/2026 si Venti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revision y evite la suspension (Res. CREG 059/2012)

Después de la fecha de pago anterior, se cobrará interés de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $72.000

Revisión Periódica Obligatoria

Tu próximo Revisión Periódica Obligatoria

30 Abr. 2026

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse antes de esta fecha. Agenda tu cita en línea o llama a nuestra línea de atención.

Agendar en tu PRO aquí

Tarifas

El costo de mi 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

G: 1335,32	Tm: 549,31	Dm: 594,74	Cm: 2543,69
Pr: 84,62	Cv: 0,0	C.fijo: 4180,0	D.m: 2540,69
Cc: 0,0	Fpcm: 42,475	DAJR: 0,0	DAJ.m: 0,0

Participación hogares en el nivel de pobreza: 8%

Precio unitario de kWh en: $264,89

Factor de corrección

Vm: 9	Ko: 0,76628	Kr: 1,00548	Pz: 0,77125		
Vc: 7	Tm: 13,7	Tc: 15,56	Fa: 1,01008		
Pc: 0,751	Pm: 0,023	F.PV: 1,0			

Factor de corrección: 0,77125

Indicadores de calidad

IRST: 100,0 DES: 0,0 ICH: 100,0 IPU: 100,0



(415)7709998026025(8020)61096631(3900)00000000021990

Por favor doble y pegue por aquí

Somos grandes contribuyentes Resolución 000420 Diciembre 27/2013 Renuente de IVA. Autoretenedores Resolución No. 0953 del 17 de Julio 1998. Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764001257057 del 31/05/2025. Facturación electrónica desde N° 5000001 | hasta 10000000 con vigencia de 24 meses.

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NMP 3-1160150004. VANTI S.A. ESP. NIT. 800.057.391-5. Prestador Local Cafarte y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la Ley 142 de 1994.

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

HC: 59	MICROCHIP: SI 900255003225653	FECHA: 25-01-26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kira			COLOR: Calico	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 6m	PESO: 3,8 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___CONCENTRADO X MIXTO OTRO___	

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO___COMPRADO___ADOPTADO X_REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Hilda Garzón Colmenares	DIRECCION Cl 85 BIS 89A 53	TELEFONO 3057430587
CEDULA: 52334 138	CORREO ELECTRÓNICO: Patricasdeconejo@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Quirigua / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buen estado Salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 128 l/m	F. RESPIRATORIA: 34 r/m	TEMPERATURA: 37,6 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosados

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.)	0,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria ALC 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:
Maria Hilda Garzón C.	52334138 Btá

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION /DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.334.138
GARZON COLMENARES
APELLIDOS
MARIA HILDA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1973
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.34 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
20-JUN-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-1500150-00153858-F-0052334138-20090401 0010565714A 1 1270007687

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
10939118

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
17836749212

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

Datos del usuario

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

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT:	Costo variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
36.296,84	17.537,80	154.680,98

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas
0.0656	0.0398

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$63.564	$60.652	$62.656	61

La tarifa incluye subsidio o aporte

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$73.467	Interés mora	$7
Subsidio	$11.020-	Ajuste a la decena -credito-	$4-

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$62.450
Aporte (+)	00%	Total ingresos del periodo	$62.450
Informativo - deuda total		Indique que Aseo reporta a la EAAB 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: F2 RUTA: F22229

BIMESTRAL

10939118
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17836749212
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Periodo facturado OCT/19/2025 - DIC/17/2025

Pago oportuno ENE/26/2026

Suspensión ENE/29/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
MAR/17/2026	ENE/08/2026 07:07:16	ENE/08/2026 12:02:12

¡Hola!

Factura a nombre de
LEOVIGILDO GARZON G

Dirección del predio
CL 85 BIS 89A 53

Barrio QUIRIGUA Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Residencial
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor
Marca BAYLAN **Tipo** VELOO15R160
Serie 12068679 **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.

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

HC	MICROCHIP: SI 900255003225654	FECHA:
60		25-01-26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:			COLOR:	
SKY			Calico	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 4m	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__ 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
Nicole Tatiana Santis Rojas	CL 74B 120B 11	3134249753
CEDULA: 1001297740	CORREO ELECTRÓNICO: Nicolesantisss@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Villas de Granada / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: NS/NR: profesional	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buen estado Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
NA	01-2026	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
124 l/m	30 r/m	37,8 ºc	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 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	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:
	1001297740

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 **1.001.297.740**

SANTIS ROJAS

APELLIDOS

NICOLE TATIANA

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-MAY-2003**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

29-JUN-2021 MOSQUERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1516900-01252992-F-1001297740-20210831 0075466606A 1 8502300339

Costo Fijo Total CFT.	Costo Variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
77.292,39	35.824,28	154.680,98

Componentes de tarifas

Frecuencia Barrido:	03	Frecuencia Recolección:	03	%Participación	0,000%
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0,00
Und. Res. Ocupada:	2	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0,000
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 8011464 3-9

aseo

Período facturado Aseo
OCT/25/2025 - DIC/28/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
12312402

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
11130117911

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
0.0613	0.0380

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$86.007	$90.099	$92.982	65

La tarifa incluye subsidio o aporte*

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$154.852	Ajuste a la decena -crédito-	$1-
Subsidio	$61.941-		

Subsidio (-) 40%
Aporte (+) 40%
Información - deuda total $92.910
Valor Aseo $92.910
Total Ingresos del periodo $92.910
Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual

PRIMARIA CRISTEG
Calle 77 No 119 C-07
Cel. 310 334 8889
C. 28/01/2026

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Responsabilidades Fiscales del emisor: Gran contribuyente; Autoretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: I2 RUTA: I22320

BIMESTRAL

12312402
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11130117911
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado OCT/22/2025 - DIC/19/2025

Pago oportuno **ENE/08/2026**

Suspensión **ENE/14/2026**

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/27/2026	DIC/22/2025 08:21:04	DIC/22/2025 12:01:11

¡Hola!

Factura a nombre de
DORIS CONCHA FLOREZ

Dirección del predio
CL 74B 120B 11

Barrio: VILLAS DE **Localidad:** ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 3
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca	Tipo
Serie	Diámetro pulgadas

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.

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 0 m³

28 22

FEB-ENE $0 — ÚLTIMO CONSUMO

En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
22.000	373

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	0	Facturado con	
Lectura anterior	0	Base promedio	
Tu consumo este período	22	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca — Tipo
Serie — Diámetro pulgadas

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
$49.240,80		$0,00		$26.861-		$92.910
A		B		C D E F		G

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

Consulta el detalle atrás

Escanea y paga virtual

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

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

= **Total a pagar** $115.291

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): ca890f472fed7a81262e50d8c783624a10cb41a06d281541099b23bf1d09242080d66291a4c4e325a760a79d638989bf

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	.					
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.730,40	-40	$32.828-	$2.238,24	$49.240,80
Consumo residencial superior básico (m³)	.					
Cargo fijo no residencial (mes)	.					
Consumo no residencial (m³)	.					
Subtotal				$32.828-		$49.240,80

B Alcantarillado

	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
	.		-40			
	.		-40			
	.					
	.					
	.					
Subtotal				$0		$0,00

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

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$18,93	$64,34
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$416	$1.415

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

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$2-
D-ben. min. vital total	$26.859-
Subtotal	26.861-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

Aseo
Valor a pagar
$92.910

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)7707200469996(8020)111301179119(3900)000000092910

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$22.381

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

(415)7707200465271(8020)111301179118(3900)000000022381

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

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

HC: 61	MICROCHIP: SI 900255003225257		FECHA: 25-01-26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Alani			COLOR: Pardo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 7m	PESO: 2,1 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO X REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alejandra Castillo Pain		DIRECCION CL 77A 114A 52	TELEFONO 3113222301
CEDULA: 1015 475 213		CORREO ELECTRÓNICO: alecastillo9826@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Gran Granada	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: NS/NR. Profesional	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_		

3. ANAMNESIS

Buen estado Salud

ULT. CELO: 01-2026	ULT. DESPARASITACIÓN: Oct- 2025	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X	
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:	
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:	

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 126 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 37,8 °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	0,1 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 histarectomía/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 Gracia Rodriguez C. Médica Veterinaria CES 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.

Da 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:
Alejandra Castillo Pos	1015975213

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 ☐ RECHAZO DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.015.475.213**

CASTILLO PUIN

APELLIDOS

ALEJANDRA

NOMBRES

Alejandra Castillo Puin

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-MAY-1998**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-JUN-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01077709-F-1015475213-20190626 **0065**98355A 1 9909113795

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

enel Bogotá

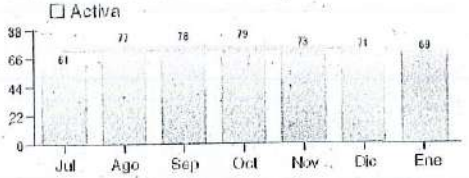
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

1534657-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379602330-1

CONSTR GRAN GRANADA SA
CL 77 A NO 114 A 52
BOGOTA, D.C. - GRAN GRANADA

04 504 8739 / 7205473



VALOR kWh APLICADO
$785,09

CONSUMO DIARIO:
2,23 kWh

VALOR DIARIO:
$1.485

PERÍODO FACTURADO: 03 DIC/2025 A 02 ENE/2026
DÍAS FACTURADOS: 31
CONSUMO MES 69 kWh

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.



Para conocer más detalles de esta factura ver el Anexo de Explicación de la Factura

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005015048739
RUTA LECTURA:	35045071221
MANZANA DE LECTURA:	MS00565408
MEDIDOR NO:	7205473
SUBCLASE:	Básica

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



CO 12163781 GRUPO 11 IIC 0.00 VC 0.00 CUC 0.00
PER0000 296371 DI: 29.191 CI: 72.00000 FIC: 0.00 LIF: 1.00 SIE 0.00
Para mayor detalle consultar los resultados CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

Bogotá Suba y Cundinamarca
601 5 115 115
115 Gratuito las 24 horas
601 514 6055

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

Infórmate y entérate de la factura del mes

Entérate de los beneficios

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: $287,65 T: $53,14 D: $289,06 CV: $75,89 PR: $50,79 R: $19,70 CF: $0,00 / $785,69 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL31-1210STR1 - - ENEL DE TEIDINOS PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,01 por ell. 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 ésos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicarse al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0051 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.*
Esta factura da cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG 015/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifico el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, 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 dispuestos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860 063 875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 06/01/2026 01:54:41
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 16:37:36

CUDE: 0ca55031543a486849a3b0887280596e512672ece11edd2105fdfc5b322a3e80229905397b10ce4ba776edd8a9aaa6656575

Factura impresa por Consiga Soluciones Consultoría SAS BIC - NIT 830.053.105-6 Versión impresión

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CEN Financiero - NIT 860.321.161-9

9.90 230001 EMPCO

Redeban

ENE 08 2026 14:45:23 REMDES 9.90

CORRESPONSAL
BANCOLOMBIA
PTM BOGOTA SWEET DREAM
CRA 114 A 77A 04

C.UNICO: 3007054648 TER: XP8ZZ977
RECIBO: 036078 RRN: 054665
APRO: 341227

RECAUDO
CONVENIO: 92707
RIN ENEL COLOMBIA SA
REF: 0000000000000000015346574

VALOR $ 46.320

TU CORRESPONSAL BANCARIO NO DEBE COBRARTE POR HACER ESTA TRANSACCION.

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

☆☆☆ CLIENTE ☆☆☆

16 ENE /2026

$0 $46.320

20 ENE/2026

1534657-4

02 FEB /2026

Situación encontrada: Normal

89	1	89	89	$785.09	$51.171
0	0	0	0	$289.66	$0
Valor kWh $785.0893	X	Beneficio 15.00 %			$9.126

SUBTOTAL: $46.045

$2
$322
$ 49
$275

$46.320 $0

...intereses de mora y la FECHA DE ... de no pago. Por lo anterior y de acuerdo ... pto de reconexión es hasta de $103.853

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

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

Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

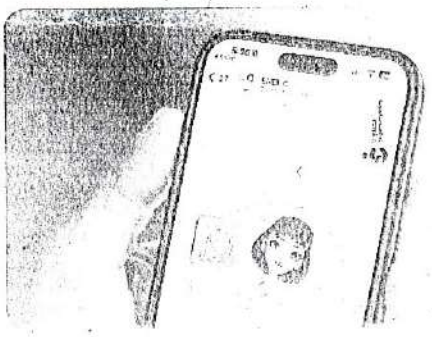
Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

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
1534657-4

Documento Equivalente Electrónico No.
379602330-1

(415)7707209914253(8020)011534657437960233013(3900)000000000046320

PAGO OPORTUNO
16 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$46.320

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

HC: 62	MICROCHIP: SI 900255003225255	FECHA: 25-01-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Princesa			COLOR: Gris - blanco	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 14m	PESO: 2,2 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Cristian Felipe Ramos Benavides	DIRECCION CL 89 95c 38	TELEFONO 3005937804
CEDULA: 1.022.421.700	CORREO ELECTRÓNICO: cfeliperamos968gmail.com	
BARRIO O VEREDA Ciudad Bachue	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Tecnologo NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buen estado Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
10-2025	08-2025	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 37,6 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.)	0,2 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 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:
Cristian Ramos B	1022421700

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 y CC del Responsable/Tenedor: Nro Identificación: FIRMA:



FECHA DE NACIMIENTO 10-NOV-1996

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

01-DIC-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00653732-M-1022421700-20141230 0042121318A 2 44055899



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.421.700
RAMOS BENAVIDES

APELLIDOS
CRISTIAN FELIPE

NOMBRES

Cristian Ramos

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA

Cristian Ramos
1022421700

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

tu factura

el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.



Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otros entidades

Botón PSE · Botón Bancolombia · Red Multicolor · Bancolombia · Banco Popular · Banco Pichincha · Gran Colombia · Occidente · Popular

vanti. Más formas de avanzar

Página oficial de nuestras facturas

Escanee para pagar su factura

*Promover más explícitamente los pagos en línea

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Bancolombia · Efecty · Gana · Su Red · Servientrega · Red CADE · Supergiros · Punto Efecty

Puntos de Pago Vanti

Recaudo realizado por VANTI S.A. ESP

Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía no implica un cambio radical en nuestro estilo de vida, sino la adopción de hábitos y prácticas que nos permitan hacer un uso más eficiente de la energía. Por ejemplo, cuando compramos electrodomésticos, podemos elegir aquellos que tengan una etiqueta de eficiencia energética que indique que consumen menos energía que otros de la misma categoría.

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijos: 01 8000 919 052 Móvil: 164

Atención presencial
Ingresa a www.grupovanti.com y consulta los puntos más cercanos a tu casa

¡Hola!

MARIA IRENE CONTRERAS
CL 89 95C 38
000000

vanti
Más formas de avanzar

Medidor Gas N° 71202500040572S7

Cuenta o referencia de pago **60743748**

vanti Listo

Tu saldo a favor es de
0



Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 747 8121
Bucaramanga (607) 635 4255

Atención virtual
Soluciona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Oficina virtual
www.grupovanti.com/oficinavirtual

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo con la ley 2300 de 2023

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura de gas — Enero 2026

Cuenta o referencia de pago: 60743748

NIT 800007813-5
VANTI S.A. ESP
vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
27 Ene. 2026	28 Ene. 2026	Dic. - Ene. 2025	14 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	10M3	2.513,69	0,00	25.136,90
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	2.899,74	0,00	57.994,80
MENOS SUBSIDIO (32%)	1UN	-18.781,32	0,00	-18.781,32
AJUSTE DECENA	1UN	-3,18	0,00	-3,18
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRAVADO	1UN	1.067,92	0,00	1.067,92
INTERESES FINANCIAMIENTO - GRAVADO	1UN	3.779,49	465,10	4.244,59

1 — Total 69.864,71

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
0,89 % V/Refacturación Cartera de Regularización	2/4	6.950,79	377,82	6.950,79
0,89 % V/Refacturación Cartera de Regularización	2/4	78.364,50	4.259,55	78.364,50

2 — Total 85.315,29

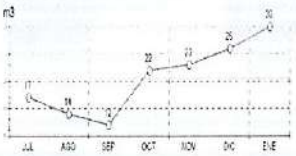
3 — Valor facturas vencidos: 0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: 155.300,00

Pago por

Escanee el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso: Residencia Estrato/Cat.: Uno Días de consumo: 35

Fecha	Lectura	Tipo
06 Dic. 2025	100	REAL
09 Ene. 2026	136	REAL

m³ consumido = 136 - 100 Factor de conversión = 36

Tu próxima lectura será

Entre 04 y el 09 de Febrero

Novedades de tu factura

Oliva $ 2543,69

Revisión Periódica Obligatoria

Fecha próxima revisión
30 May. 2026

Tarifas

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

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

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



(415)7709998026025(8020)60743748(3900)00000000155300

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA Autoretenedores Resolución No. 4169 del 12-JUL-1998 Autorización de Numeración de Facturación Talonario 187669-1262057 del 31/03/2025. Facturación electrónica Modo N° 18000001 hasta 1000000000 con vigencia de 24 meses.

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. VANTI S.A. E.S.P. NIT 800.007.813-5. Resolución CREG 114 de 1996

3	4	5	6	7
8	9	10	11	12
13	1	2	3	4
5	6	7	8	9

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

HC: 63	MICROCHIP: SI 900255003225249		FECHA: 25-01-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nova			COLOR: Carey	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 1A	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: Mariana Ospina Perez		DIRECCION Cl 70 G 108A 33	TELEFONO 3232264733
CEDULA: 1034398024		CORREO ELECTRÓNICO: marianaospinaperez78@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Bolivia	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Universidad	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_		

3. ANAMNESIS

Buen estado 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: LEUCEMIA:	RABIA: 10-2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 114 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 37.6 °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.)	0,3 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: 1034398024

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 1.034.398.024



Apellidos
OSPINA PEREZ

Nombres
MARIANA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.26	F

Fecha de nacimiento
20 FEB 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
03 MAR 2023, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
03 MAR 2033

Firma

.CO

016161555

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL016161555015001<<<<<<<<<<<
0502205F3303034COL1034398024<9
OSPINA<PEREZ<<MARIANA<<<<<<<<<<

Pagado 15 enero

Bogotá

4576321-5

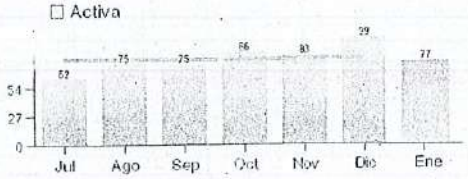
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379421561-4

LEONOR ROMERO GUTIERREZ
CL 70 G NO 108 A 33 PI 3
PISO 3
BOGOTA, D.C. - BOLIVIA

03 512 2771 / 167501





VALOR kWh APLICADO
$800,09

CONSUMO DIARIO:
2,66 kWh

VALOR DIARIO:
$1.286

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

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES
77 kWh

Pagando mi factura por Internet, Débito Automático o Cobro Electrónico, evito filas y ayudo a cuidar el planeta.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005035122771
RUTA LECTURA:	35035010441
MANZANA DE LECTURA:	MS205101U1
MEDIDOR NO:	167501
SUBCLASE:	Básica



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

Puntos de pago
Medios virtuales de Pago
Oficinas

APP Banco | Internet | Teléfono Banco | Débito Automático | Cobro Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón Sucursal Online | Botón de Pago Bancolombia | MOVII | Nequi | tpaga | dale

Corresponsales Bancarios | Red Efectivo | Centros de Servicio | Cadenas

CONVIRED | Efecty | Reval | RED CADE | Almacenes de Cadena

Información importante sobre el pago oportuno de tu factura. Puedes consultar nuestros puntos de pago en www.enel.com.co/puntosdepago

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2025
G: $288,56 T: $53,30 D: $294,84 CV: $78,01 PR: $58,62 R: $28,15 CF: $0,00 / $800,00 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: 0L14 53810381 - - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002 IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.
Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y a los usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación enviada por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjase a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

Puntos de pago Convenidos para Convenios de Recaudo

Provedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit 890.321.151-0

Canales para consultar y pagar tu factura
Ingresa a nuestra página web: www.enel.com.co/es/personas/clientes.html
Oficinas virtuales de la Empresa: www.enel.com.co/es/personas/clientes.html
Chat de servicios: www.enel.com.co/es/personas/clientes.html
Línea de atención: 018000 638 638 Línea Exclusiva Asesores
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Enel Colombia | @EnelColombia
Bogotá, Sabana y Cundinamarca: 601 5 115 115
115 Gratuito las 24 horas
601 5140055 defensor@enel.com
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com



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:
05/01/2026 00:51:50
FECHA EXPEDICIÓN:
05/01/2026 15:43:17

$37.510

$0

4576321-5

30 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGIA ACTIVA EP	- 15.405	15.028	27	1				
ENERGIA REACTIVA	- 0	0	0	0	27	27	5600.00	$81.607
SUBSIDIO			0	0	1	0	5604.61	$0
	Consumo a subsidiar 130.00 kWh X		Valor kWh $626.0032	=	$81.382 (83.44 %)			$40.693
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.255 DIARIOS							SUBTOTAL:	$37.307

Ajustes a la decena

MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$3
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$236
	$ 136
SUBTOTAL:	-$203

$37.510

$0

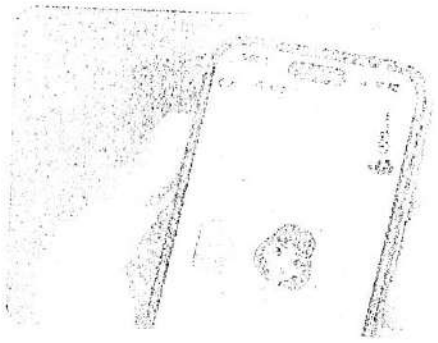
¿Cómo reportar una falla...
vía WhatsApp.

Contáctenos por nuestro canal oficial al 316 869 6000 y Elena le 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 Vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

NÚMERO DE CLIENTE
4576321-5

Anexo Equivalente Electrónico No.
329421551-4

PAGO OPORTUNO
15 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$37.510

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

HC: 64	MICROCHIP: SI 900255003225246		FECHA: 25-01-26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nala			COLOR: Naranja	
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 OTRO____	

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO X ___COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Katherine Cardenas Rendón	DIRECCION Cl 88 94P 16		TELEFONO 3118146215
CEDULA: 1015442495	CORREO ELECTRÓNICO: diana-0904@hotmail.com		
BARRIO O VEREDA Ciudad Bachue	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_		

3. ANAMNESIS

Buen estado Salud.

ULT. CELO: 11-25	ULT. DESPARASITACIÓN: 12-2025	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:	RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA:	RABIA: 12-2025

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: 136 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 37,5 °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
	Kropma	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 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. 9745	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA	

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE 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:
Diana Cardenas	1015442475

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.015.442.475
CARDENAS RENDON

APELLIDOS
DIANA KATHERINE

NOMBRES
Diana Cardenas

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 24-NOV-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-NOV-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00357933-F-1015442475-20120126 0029036807A 2 37565634

Bogotá

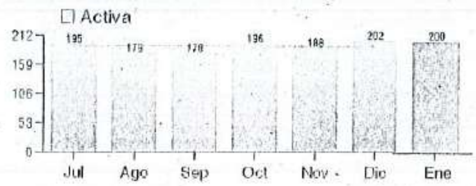
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

. 0628356-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379596022-7

INSCREDIAL .
CL 88 NO 94 P 16 BQ 3 IN 4
INT 304
BOGOTA, D.C. - CIUDAD BACHUE I ETAPA

04 704 1070 / 60807



VALOR kWh APLICADO $785,09

CONSUMO DIARIO: 6,45 kWh

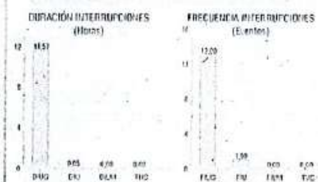
VALOR DIARIO: $3.806

PERÍODO FACTURADO: 03 DIC/2025 A 02 ENE/2026 **DÍAS FACTURADOS:** 31 **CONSUMO MES** 200 kWh



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	11,14
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007047041070
RUTA LECTURA:	37047940065
MANZANA DE LECTURA:	MS00563107
MEDIDOR NO:	60807
SUBCLASE:	Básica



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

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

Medios virtuales de Pago

PSE Internet Teléfono Débito Automático Cobro Recurrente APP Enel Clientes Colombia Botón de pago Online Botón de Pago Bancolombia

dale · Nequi

RED CADE

efecty

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

601 5140055

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

App Enel Clientes Colombia

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2025
G: $207,05 T: $54,14 D: $289,65 CV: $75,80 PR: $59,75 R: $18,70 CF: $0,00 / $785,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL29-13756181 - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.
"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

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

FECHA GENERACIÓN: 06/01/2026 01:12:49
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 16:19:13

CUDE: 93d4f3b46964895945557f59a55021c59545a80e8cdaa9c7ea08480429a089c353c2515ab5ea8e2e91a983b1f3a063bdf

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

16 ENE /2026

$118.580 $0 $118.580 20 ENE/2026

0628356-1 02 FEB /2026

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

ENERGIA ACTIVA FP	22.122	21.922	200	1	200	200	$785,09	$157.018
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$289,68	$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 139.00 kWh X		Valor kWh $285.0883	X	Beneficio 38.24 %			-$39.030
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $3.806 DIARIOS							SUBTOTAL:	$117.988

Ajustes a la decena		$2
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA		$821
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA		$-231
	SUBTOTAL:	$592

Obligaciones y Otros Cobros Vigentes en la Factura $118.580

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y gas $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 tu ahorro y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.863

Infórmanos que de no recibir el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas serán enviadas, a partir de la cual se reportará 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.

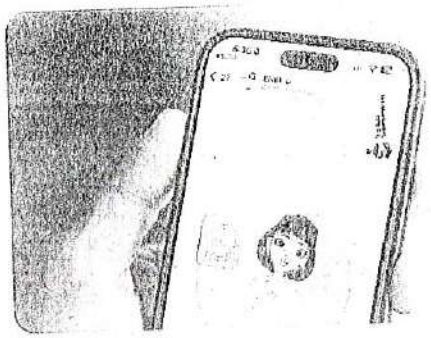
Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

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. Vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.



NÚMERO DE CLIENTE
0628356-1

ocumento Equivalente Electrónico No.
379596022-7

(415)7707209914253(8020)0106283561379596022 7(3900)0000000118580

PAGO OPORTUNO
16 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$118.580

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

HC: 65	MICROCHIP: SI 900255003225092		FECHA: 25/01/25

ORIGEN: CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: NALA			COLOR: Gris con blanco
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 5M	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____ MIXTO X OTRO _____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X ___COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Claudia Peña Layton	DIRECCION CL 71 BIS 78-61	TELEFONO 3112170024
CEDULA: 1013640231	CORREO ELECTRÓNICO: ayelenico09@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Santa Helenita / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buen estado.

ULT. CELO: 19-01-26	ULT. DESPARASITACIÓN: 11-25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: 11-25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 178 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 37,7 °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.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9745	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Monso 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: Claudia Pera Lacton	Nro de Identificación: 1013640231.

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:

AUTORIZACIÓN/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 1.013.640.231

Apellidos
PEÑA LAYTON

Nombres
CLAUDIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
06 DIC 1992

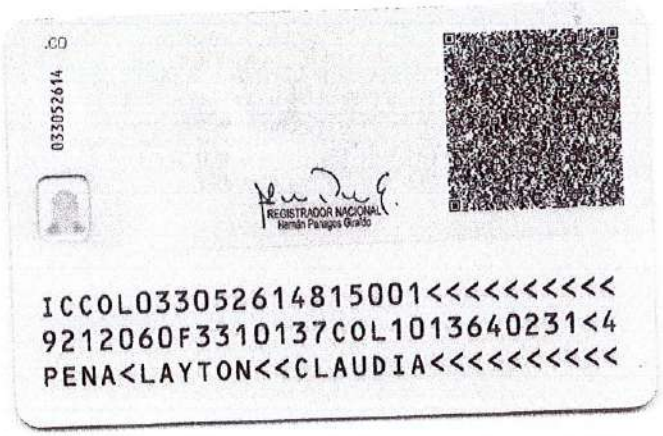
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
LEJANIAS (META)

Fecha y lugar de expedición
09 MAYO 2011, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
13 OCT 2033



.CO

033052614

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL033052614815001<<<<<<<<<<
9212060F3310137COL1013640231<4
PENA<LAYTON<<CLAUDIA<<<<<<<<<<

FACTURA EN LÍNEA
PÁGALA A TRAVÉS DE



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

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

nscríbete aquí



SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil tenerlo,
tan fácil y seguro que es pagarlo.

ndo digital Vanti

través de nuestra página web
upovanti.com/pagos-en-linea/

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Bancolombia · Bancolombia

Botón Bancolombia

Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi

DAVIVIENDA · DAVIplata · Daviplata · dale!

Escanea para pagar tu factura

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

tos Presenciales

sales Banco BBVA
sales Scotiabank Colpatria
sales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

ficiencia energética

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
01 8000 919 052

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

¡Hola!

vanti
Más formas

SANTA HELENITA SAS SANTA HELENITA SAS
CL 71 BIS 78 61 EDI 00201 - SANTA HELENITA
BOGOTA

Medidor Gas No. 5007119

Lote: P10GN Ruta: 0011380042940005000 Código del Sector: 195

Cuenta o referencia de pago 62729233

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 5.300

Navidad Lista



Tus regalos de navidad están Listos

Participa y gana uno de
50 BONOS
$1.000.0
por compras iguales o super
a $2.500.000 haciendo uso
cupo Vanti Listo en tiendas a

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

ALKOSTO · KTRONIX · exito

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir

ra de gas

Diciembre 2025

referencia de pago 62729233

BOGOTA

NIT: 860.007.813-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

van

as importantes

1 — 2 — 3 — 4

go
rtuno
ne. 2026

Fecha de suspensión
03 Ene. 2026

Periodo facturado
Nov. - Dic. 2025

Emisión de tu factura
17 Dic. 2025

nceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
GAS	13M3	2.570,50	0,00	33.416,50
	1UN	4.182,00	0,00	4.182,00
CENA	1UN	1,50	0,00	1,50

1 Total $37.600,00

financiaciones

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

2 Total $0,00

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Tres | Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
14 Nov. 2025	1175	REAL
14 Dic. 2025	1192	REAL

m³ corregido= 1192 - 1175 * Factor de corrección = 13

Tu próxima lectura será: Entre 11 y el 16 de Enero

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Jul. 2029

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41.385 de 2021

Tarifas

El valor del m³ de gas este me

Sep. $2719 Oct. $2748 N

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

Componentes tar

Gm: 1324.73 Tm: 582.57 Dm:
Pf: 65.08 Cvm: 0.0 Cvfm:
Cvmc: 0.0 Fpcm: 42.512 DALR

Mgm³ Tu consumo en m³ de gas equivale kWh y el precio unitario del kWh es: $244

Factor de correcc

Vm: 17 Kz: 0.76727 Kt: 1.000
Vd: 19 Tm: 13.75 Td: 15.5
Pa: 0.752 Pm: 0.925 Pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77211

Indicadores de ca

IRST: 108.0 DES: 0.0 IQ: 10



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

Expiry-Date: 2030/09/02

HC: 66	MICROCHIP: S 900255003225616		FECHA: 25-07-26.

ORIGEN : CES X PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: ISIS			COLOR: Pardo
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 7M	PESO: 2 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___CONCENTRADO X MIXTO OTRO___

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO___COMPRADO___ADOPTADO X REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Fanny Tobar Beltran.	DIRECCION Kr 108 -70 F 60	TELEFONO 3104766479.
CEDULA: 47.779732	CORREO ELECTRÓNICO: danielsalarcon07@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Bolivia	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: Enero/26	ULT. DESPARASITACIÓN: Junio/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: Abril/25 LEUCEMIA: RABIA: Mayo/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: 124 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 38,3 °c	TLLG 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.	

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACIÓN

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.)	0,2 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	Gina Paola Rodriguez G	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	Médica Veterinaria MSc T.P. 97037	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Forero	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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:

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.779.732**
TOBAR BELTRAN

APELLIDOS
MARIA FANNY

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **23-MAR-1957**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA | **AB+** G.S. RH | **F** SEXO

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

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00131877-F-0041779732-20081127 0007035086A 2 1290029166

SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil tenerla

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

Fijo - Móvil: 164 ó 01 8000 919 052
01.8000 181 164

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 890.096.612-6 7048/27062025 VANTI

¡Hola!

JORGE ALARCON
KR 108 70F 60 - BOLIVIA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5067105-500018261

Lote: P16GN **Ruta:** 0011670236480005000 **Código del Sector:** 365

Cuenta o referencia de pago **62140744**

vanti Listo

Compra televisor, calentador a gas, motos y mucho más, y paga en 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 haciendo uso de tu cupo Vanti Listo en tiendas aliadas.

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

Metro · ALKOSTO · KTRONIX · éxito · Jumbo

Aplicado a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Comprimido S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasoriente S.A. ESP. Cupo de TAC de la cartera ingresando a grupovanti.com/financiacion/. Vanti Listo es la mejor opción para financiar el consumo de tu hogar. Aplican condiciones establecidas en la política de financiación consultada en grupovanti.com/financiacion. Campaña válida del 28 de noviembre al 26 de diciembre de 2025, se entregarán un total 50 Bonos de Prepago no canjeables o cobrables, por un valor de $1.000.000. Los bonos se entregarán 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.

365 0011670236480005000 34531 P16GN C1

Factura de gas: Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago: 62140744

BOGOTÁ

NIT 800.007.813-7
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. CON SUBSIDIO	12M3	2.934,15	0,00	35.209,80
MENOS SUBSIDIO (33%)	1UN	-11.689,65	0,00	-11.689,65
AJUSTE DECENA	1UN	0,15	0,00	0,15

1 — Total $23.520,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

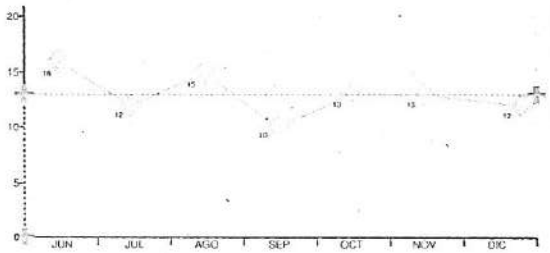
3 — Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar (1 + 2 + 3) **$23.520,0**

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	6105	REAL
19 Dic. 2025	6121	REAL

m^3 corregido= 6121 - 6105 * Factor de corrección = 12

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. 2029

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m^3 de gas este mes es de $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 Cvfm: 0.0 Cvcm: 0.0
Com: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m^3 Tu consumo en m^3 de gas equivale: 142 kWh y el precio unitario del kWh es: $165.635

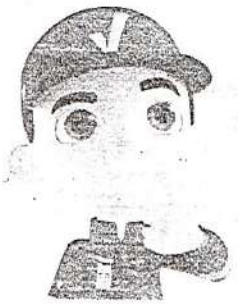
Factor de corrección

Vm: 16 Kp: 0.76766 Kt: 1.00634 Ft: 0.77253
Vc: 12 Tm: 13.74 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Fa: 0.752 Pm: 0.0234 Fl pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77253

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPB: 100.0





(415)7709998026025(8020)62140744(3900)00000000023520

Producido por sistemas computarizados. Versión 6. VANTI S.A. ESP NIT: 800.007.813-7 - Régimen Común - Actividad económica AUR 2. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994. Consulta y soporte 24 h. PBC NIT 900.211.115-9

Somos grandes contribuyentes. Resolución No. 0059 del 17 de Enero de 2013. Autorización de numeración de facturación No. 18764016466710 Fecha de autorización 2025/01/28 Rango autorizado desde el No. 1 hasta el No. 3.000.000 Fecha de vencimiento 2027/01/28 Autoretenedores Resolución No. 4959 del 17 Jul 1998 Autorización de numeración de facturación No. 18764016466710 Fecha de autorización 2025/01/28 Rango autorizado desde el No. 1 hasta el No. 3.000.000 Fecha de vencimiento 2027/01/28 Autoretenedores

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

Expiry-Date: 2030/09/02
900255003225617

HC	MICROCHIP:	FECHA:
67		25-07-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Fiona			COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO__ FELINO__X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 6M	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: Valentina Perez Cardenas	DIRECCION Cl 66 N° 113-31	TELEFONO 3102487392
CEDULA: 1073097068	CORREO ELECTRÓNICO: valeP2130@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Villa Gladys / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachillerato NS/NR	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
125 l/m	32 r/m	37.6 °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
	Ahapra	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 TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9713	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 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:
Valentina Perez	1013097068

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 CREMADOR ☐ DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL CREMADOR ☐

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.013.097.068
PEREZ CARDENAS

APELLIDOS
VALENTINA

NOMBRES
Valentina Perez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 21-SEP-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

29-SEP-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01268168-F-1013097068-20211123 0076704971G 1 8503023778

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: 3215

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 37

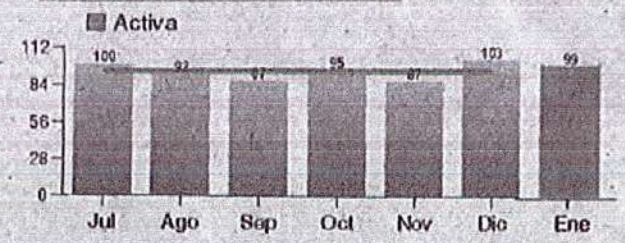
CLIENTE

EDIFISA EDIFICADORA SA
CL 66 NO 113 31 AP 120
CONJUNTO RESIDENCIAL ENGATIV
BOGOTA, D.C. - VILLA GLADYS

05 507 7194 / 117880

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $765,09

CONSUMO DIARIO: 3,19 kWh

VALOR DIARIO: $1.548

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

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 99 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!

Vete de vacacione
sin preocupacione

Evita que tu consumo de energ
sea promediado reportando la
de tu medidor en la App Enel C
o en nuestro sitio web enel.cor

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:	30005055077194
RUTA LECTURA:	35055131203
MANZANA DE LECTURA:	MSSF563766
MEDIDOR NO:	117680
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 79130781 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/11 DI: 254,91 CF: 87,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 009 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/radicaciones

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

316 890 6003 (Elerie Bot o paso Asesor)

Enel Colombia @EnelClienteCO

Registrate gratis

Zona privada de la página We

App Enel Client

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

EMERGENCIAS: 115 Gratuito las 24 horas

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

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

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Reval, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Alkosto, Makro

Código QR

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

Inscribete a la factura virtual
Enel y aprovecha los beneficio

Escanea el código

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2025
G: $287,85 T: $54,14 D: $200,66 CV: $75,80 PR: $59,75 R: $18,70 CF: $0,00 / $765,09 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).

GRUPO: 01 CIRCUITO: FR23-7010TRI - - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ml. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.

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

"Sobre el acta 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

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 Enel (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, 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 Enel (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención de todos 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 GE 07/01/202
FECHA EX 07/01/202

CUDE: eba1b60d8d1adeacc8552b75f703f2bcd37ae5b2ecfb21952b7b9d71da4803a9leeafa7404206d419

1 Total Energía $48.240 + 2 Portafolio Enel X $703.280 = Total a Pagar $751.520

PAGO OPORTUNO 19 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN 21 ENE/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 3215891-4

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	24.243		24.144		99		1		99	99		$785.09		$77.724
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$289.66		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $785.0883	X			Beneficio 38.24 %					$29.723

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.548 DIARIOS

SUBTOTAL: $48.001

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-2
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$408
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-167
SUBTOTAL:	$239

Contamos con Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $48.240

Otros cobros de productos y servicios

Tarjeta Credito Amarilla $703.280

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: $703.280

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 -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 3215891-4

Documento Equivalente Electrónico No. 379826852-8

(415)7707209914253(8020)013215891437982685 28(3900)00000000751520

PAGO OPORTUNO 19 ENE /2026

TOTAL A PAGAR $751.520

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

HC: 68	MICROCHIP: SI — Expiry-Date:2030/09/02 — 900255003225607		FECHA: 25-07-26.
ORIGEN : CES 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 9M	PESO: 2.2 KG — MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___
ORIGEN: NS/NR _RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO X PERRO DE CUADRA___ OTRO___			

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jhon Fredy Malagon Maldonado	DIRECCION Cl 74 N° 88-30	TELEFONO 3057674569
CEDULA: 1074 275.556	CORREO ELECTRÓNICO: jhon0396@hotmail.es.	
BARRIO O VEREDA Florencia — ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: N/R	ULT. DESPARASITACIÓN: Mayo/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: 20 Junio / 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
122 l/m	38 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.)	0,2 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 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:
1014275556	1014275556

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 **1.014.275.556**

MALAGON MALDONADO

APELLIDOS

JHON FREDY

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-MAR-1996**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

31-MAR-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00568835-M-1014275556-20140505 0038293902A 1 42229811

100713

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: **0584738-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 378915971-8

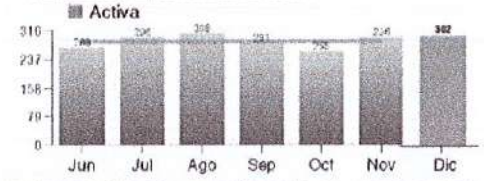
100713

CLIENTE

LUIS HERNANDO MALAGON
CL 74 NO 88 30
BOGOTA, D.C. - FLORENCIA

20 508 1457 / 649163

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $800,09

CONSUMO DIARIO: 9,74 kWh

VALOR DIARIO: $7.291

PERIODO FACTURADO: 28 NOV/2025 A 26 DIC/2025

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 302 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 285 kWh

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

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005205081457
RUTA LECTURA:	35205160835
MANZANA DE LECTURA:	MS00562002
MEDIDOR NO:	649163
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



PERIODO 2025/10 Di: 275,15 Cf: 258,60000 IMC: 0,00 IMF: 1,00 %I: 0,00

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 070 de 2019

CONTÁCTANOS

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

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5180055 denuncias@enel.com

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

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

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

Billetera Virtual

daviplata, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED, efecti, El Reval, Supergiros, Su Red Efectiva, Su Red Baloto, Su Red Su Gente, Su Red Su Vecino, Su Red Su Barrio, Su Red Su Tienda, Su Red Su Negocio, Su Red Su Mercado, Su Red Su Supermercado, Su Red Su Farmacia, Su Red Su Droguería, Su Red Su Papelería, Su Red Su Librería, Su Red Su Ferretería, Su Red Su Pinturería, Su Red Su Cerrajería, Su Red Su Vidriería, Su Red Su Carpintería, Su Red Su Ebanistería, Su Red Su Tapicería, Su Red Su Colchonería, Su Red Su Lavandería, Su Red Su Tintorería, Su Red Su Peluquería, Su Red Su Barbería, Su Red Su Salón de Belleza, Su Red Su Spa, Su Red Su Gimnasio, Su Red Su Piscina, Su Red Su Cancha, Su Red Su Parque, Su Red Su Plaza, Su Red Su Centro Comercial, MOVIRED, Efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel Oficentro Chía, Girardot y Facatativá

Almacenes de Cadena

Olímpica, Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exija 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: $288,90 T: $53,30 D: $294,84 CV: $79,01 PR: $68,82 R: $28,15 CF: $0,00 / $800,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: FR13-34kV1TR1 - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,64 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 ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red, ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes consumidores según resolución No 6001 de 30 de diciembre de 2021.

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

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

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

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

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (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 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).

FECHA GENERACIÓN. 30/12/2025 00.49.58
FECHA EXPEDICIÓN. 30/12/2025 15.11.18

CUDE: 2d7b1936f607f82e25a73d1874d0801868ee10a4b00148bc85e34aa6d0ba3657d2c8d1a1b7408c9156240d4eaa3f6f5865551

Factura impresa por Cenadi Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.036.932-8

11.629 - Página 1 de 2

Proveedor Tecnológico: Cenadi Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinendero - NIT 860.321.151-0

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

HC: 69	MICROCHIP: SI 900255003225094		FECHA: 25-07-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chantell			COLOR: Gris - Blanco
ESPECIE: CANINO___ FELINO_X_ SEXO: HEMBRA_X_MACHO	RAZA MESTIZO	EDAD 5M	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____MIXTO X OTRO_____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_X_ COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO_____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leidy Johana Montillas Rojas	DIRECCION Cl 86A N° 95F 15	TELEFONO 3212408870
CEDULA: 52.865 159	CORREO ELECTRÓNICO: montilla40johana@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Ciudad Bachue I / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachillerato / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA_APTO_X_RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	132	l/m	F. RESPIRATORIA:	32	r/m	TEMPERATURA:	37.8	°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	1,2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 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 Maria Rodriguez G	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:
Yuly Sotelo Montilla Rojas	52 865 159

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.865.159**

MONTILLAS ROJAS

APELLIDOS

LEIDY JOHANA

NOMBRES

leidy johana montillas

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-JUL-1979**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

18-FEB-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-8867010-00976743-F-0052865159-20180207 **0059**46673A 1 49695701

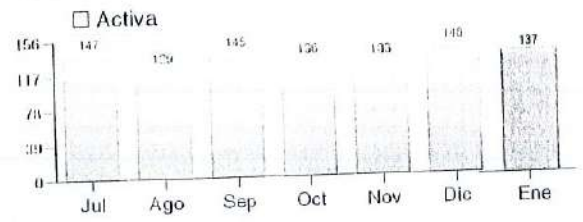
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860063875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

0626966-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 379821548-6

INSCREDIAL .
CL 86 A NO 95 F 15 BQ 1 IN 8
INT 108
BOGOTA, D.C. - CIUDAD BACHUE I ETAPA

05 702 1898 / 127451



VALOR kWh APLICADO
$785,09

CONSUMO DIARIO:
4,42 kWh

VALOR DIARIO:
$2.211

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

DIAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES
137 kWh

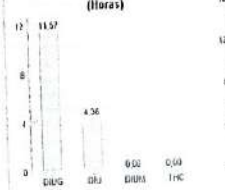
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 140 kWh



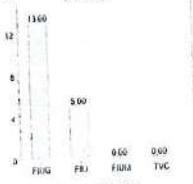
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	5,15
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007057021898
RUTA LECTURA:	37057940444
MANZANA DE LECTURA:	MS00563146
MEDIDOR NO:	127451
SUBCLASE:	Básica

DURACION INTERRUPCIONES (Horas)



FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)



CD: 117391R1 GRUPO: 11 NC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/11 DE: 264,91 CF: 133,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 SA: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

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

CONTACTANOS

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

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Gratuito las 24 horas.
601 51-40055 denuncias@enel.com

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

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

499 - PAGINA 1 DE 2

FORMAS DE PAGO Y PUNTOS DE RECAUDO

Bancos y Entidades de Pago
Corresponsales Bancarios
Red Multired
Centros de Recaudo
Canales Virtuales
Puntos Físicos

dale! Nequi tpaga
CENRED efecty Multired
RED CADE
Efecty



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: B128-11739181 - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.
"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co
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.
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co
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 01:52:15
FECHA EXPEDICIÓN: 07/01/2026 14:41:13

CUDE: 9c16810c5407b9971137d7a2c4733c8b771944bdfccdb9b0641ad98109b32905000e3e3350abc00b6462ed7d71655d

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

HC: 70	MICROCHIP: SI 900255003225656	FECHA: 25-01-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Duquesa	COLOR: tálico	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA MESTIZO / EDAD 4A	PESO: 3.0KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO X _REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Estella Vargas Morales	DIRECCION CL 88A N° 92-04	TELEFONO 3209916138.
CEDULA: 52.823.906	CORREO ELECTRÓNICO: luzstellavargasmorales@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Quirigua	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Primaria / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa Enero 2026	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa Junio/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: 178 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 38,3 °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.)	0,3 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 Nicole Rodriguez G Médica Veterinaria MVZ [illegible]	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:
Luz Stella Vargas Morales	52. 823 906

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 52.823.906

VARGAS MORALES
APELLIDOS

LUZ ESTELLA
NOMBRES

Luz Estella Vargas M.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-SEP-1979
SUPIA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
01-OCT-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO

A-1500109-45146973-F-0052823906-20080420 01853 06109B 02 203494045

enel · Bogotá

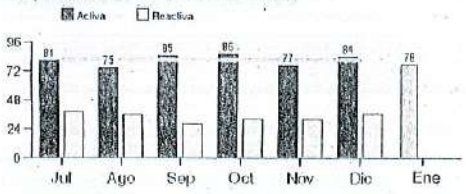
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860 063 875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

6705797-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379605723-8

GERMAN RIANO
CL 88 A NO 92 04 AP 301
APARTAMENTO 301
BOGOTA, D.C. - QUIRIGUA

04 704 0119 / 72080



VALOR kWh APLICADO $785,09

CONSUMO DIARIO: 2,52 kWh

VALOR DIARIO: $1.950

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

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 78 kWh

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.co/co.

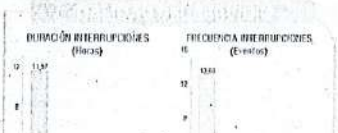
Así te aseguras de pagar solo por la energía que tú consumes.



Estas instrucciones acerca de la LECTURA DE TU MEDIDOR te ayudarán a entender mejor el valor de tu factura de energía

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007047040119
RUTA LECTURA:	37047150022
MANZANA DE LECTURA:	MS00561879
MEDIDOR NO:	72080
SUBCLASE:	Básica

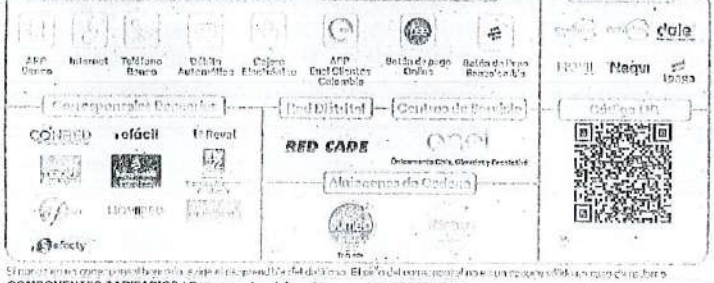


MANTENGA SU ENERGÍA SEGURA
Revise las cables regularmente. Mantenerlos en buen estado es una forma sencilla de asegurar un entorno confiable y libre de riesgos.

Línea y canales de atención especializados para usuarios electrodependientes
Chat de atención enel.com.co/es/personas/ayuda-de-otros.html
310 890 6003 (Skype Bot o para Asesor)
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Gratuito las 24 horas
601 5140055 denuncias@enel.com
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cEnel.html
defensor@enel.com

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

FORMAS PAGO FACTURA (Opción) — Medios virtuales de Pago



Si paga después de la fecha límite, el valor a pagar incluye el cobro de intereses. Si paga después de la fecha límite, el valor a pagar incluye el cobro de intereses.

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: EL1A 1172FTRI -- NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1995.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, línea de Bogotá al 01 8000 942 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 156 de 2011 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicate a la línea (601) 5 115 115, línea de Bogotá al 01 8000 942 115, 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 dirígirse 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.

Vigilado 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: 06/01/2026 02:25:24
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 17:09:09

Documento impreso por Consejo Asistencial Comunicaciones SAS NIT 800.056.032-3.

CUDE: b1436060040ae105d6d1afeee560f67b60cd1daae61441856e3d5a8ae08e7c5d8c2329174cd0beb13d84877a14017f6e2

$60.750	$0	$60.750	16 ENE /2026
			20 ENE/2026
ENERGÍA	6705797-7		02 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGÍA ACTIVA EP	7.063	6.985	78	1	78	78	$785.09		$61.237
ENERGÍA REACTIVA	4.533	4.465	68	1	68	29	$269.66		$8.400
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh X		Valor kWh $785.0883	X	Beneficio 15.00 %				$9.186
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.950 DIARIOS							SUBTOTAL:		$60.451

Ajustes a la decena		$ 3
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA		$356
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA		$-54
	SUBTOTAL:	$299

$60.750

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y gas $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 $103.883

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

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de 15.0 %

Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

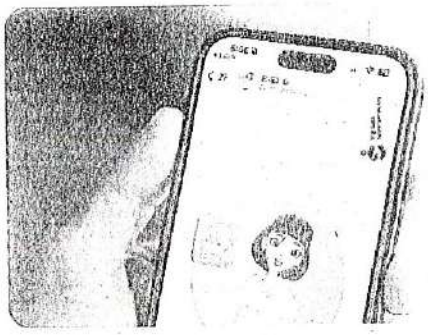
Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

Al momento de hacer tu reporte:

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

Al final recibirás un caso para hacer seguimiento.

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



NÚMERO DE CLIENTE
6705797-7

ocumento Equivalente Electrónico No.
379605723-8

(415)7707209914253(8020)016705797737960572 38(3900)00000000080750

PAGO OPORTUNO
16 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$60.750

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

Expiry-Date:2030/09/02
900255003219233

HC: 71	MICROCHIP: SI	FECHA: 25-07-26

ORIGEN : CES X PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nube			COLOR: Cálico	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 7A	PESO: 3.1 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO____ MIXTO X OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO_____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gloria Amparo Leon	DIRECCION Fr 68 f 71-75	TELEFONO 3703357686
CEDULA: 52.781.721	CORREO ELECTRÓNICO: tranes@hotmail.com	
BARRO O VEREDA Bella Vista / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Dic/25	Junio/25	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: Mayo/25 LEUCEMIA: RABIA: Mayo/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: 128 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 38.4 °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	1,2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 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	Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria ASc	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	T.P. 37[illegible]	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL		

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Gloria Amparo Zea M	52181721

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 ☐ RECHAZO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.181.721

LEON

APELLIDOS

GLORIA AMPARO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-MAR-1974
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-SEP-1992 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00541867-F-0052181721-20140128 0036929672A 2 1632697169

FACTURA EN LÍNEA

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





Agenda y certifica tu **Revisión Periódica Diligenciada** de gas antes del 10 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 28/12/2025 y 10/01/2026. Precio de la visita del usuario para usuarios de gas natural residencial. Puedes consultar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante el ONAC. Vigilado por www.gruposvanti.com/RPD

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 inmuebles asociados en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Bancolombia

Nequi

dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

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.

Copia no controlada. Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización de Vanti S.A. ESP. Todos los derechos reservados.

¡Hola! $16,700

vanti

Más formas de financiar
Vanti S.A. ESP.

JORGE IVAN DUQUE
KR 68F 71 15 02 - BELLA VISTA
BOGOTA

Medidor Gas No. 007120220003653988

Lote: P02GN **Ruta:** 0011370153880005100 **Código del Sector:** 216

Cuenta o referencia de pago **61350746**

vanti

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

vanti

¡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.

Términos y condiciones de Vanti Listo. Sujeto a aprobación crediticia. Aplica para compras superiores a $100.000.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

216 0011370153880005100 P02GN 51189 C1

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago 61350746

Vanti

Fechas importantes

Fecha de corte	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de la factura
22 Ene. 2026	23 Ene. 2026	Dic. - Ene. 2025	09 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (U)	Valor unitario ($)	IVA ($)	Subtotal Periodo ($)
CONSUMO GAS	18M3	2.543,69	0,00	45.786,42
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	3,58	0,00	3,58

1 – Total $49.970,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital ($)	Intereses ($)	Subtotal Cuota ($)

2 – Total $0,00

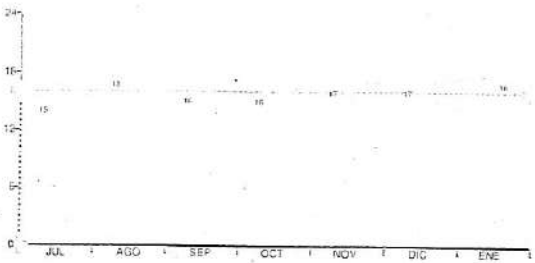
3 – Valor facturas vendidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 – 3 $49.970,00

Pagar con

Escanea el código QR

Tus datos históricos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Sector Tres Días de consumo 35

Periodo	Lectura	Tipo
02 Dic. 2025	721	REAL
05 Ene. 2026	744	REAL

m³ consumo = 744 - 721 * Factor de corrección = 18

Tu próxima factura será

Entre 01 y el 06 de Febrero

Novedades de tu factura

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $17.211.

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Jul. 2029

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente. *Resoluciones 059 de 2017 y 41305 de 2021

Acceso a Tarifas

Tarifas

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

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

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

Consumos para comparar

Gmt: 1335.32 Tmt: 549.31 Dmt: 594.74 Cmt: 2543.69
Jt: 84.32 Cvm: 0.0 Dvm: 4180.0 Cvm: 2543.69
Cm: 0.0 Fcm: 42.475 DAUTo: 0.0 DAUVT: 0.0

Mi consumo en m³ de gas corriente: 212

Mi valor unitario del kWh es: $235.691

Factores de corrección

Vm: 23 Km: 0.76626 Km: 1.00541 Fc: 0.77119
Vc: 18 Tm: 13.72 Tc: 15.56 Fc: 1.01006
Pc: 0.751 Pm: 0.025 Fpc: 1.0

Factor de corrección: 0.77119

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 PIL: 100.0



(415)7709998026025(8020)61350746(3900)00000000049970

Emitida bajo la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NMT2 11/09/1998 E. VANTI S.A. ESP NIT 890.903.793-5 Régimen Tarifario Especial • Factura de Venta No Generadora de IVA. Autoretenedores de la ley 142 de 1994

Somos grandes contribuyentes Resolución 000380 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autoretenedores Resolución Dn. 1959 del 17 Jul 1998 Actividad de Numeración de Facturación No. Formulario 18760018267157 del 31/03/2015. Factura de venta electrónica desde 1 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

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

HC: 72	MICROCHIP: SI 900255003225650		FECHA: 15/07/26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: KAY			COLOR: Gris
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo EDAD 9M	PESO: 3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO ____ MIXTO X OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO ____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ivr Marina Medina Castro	DIRECCION KR 77 69A 62	TELEFONO 3142696450
CEDULA: 21114056	CORREO ELECTRÓNICO: luzma9324@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Bataca	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

ULT. CELO: 12/25	ULT. DESPARASITACIÓN: 08/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: 11/25 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38,4 °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.)	0,3 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 María Rodríguez G. Médica Veterinaria ANS T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Ferro MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Tatiana Medina Castro	1114056

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 21.114.056
MEDINA CASTRO

APELLIDOS
LUZ MARINA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-1972
VILLETA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.49 ESTATURA | A- G.S. RH | F SEXO

28-JUN-1991 VILLETA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500100-00002161-F-0021114056-20080328 0000056306A 1 1680016893

enel Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0572530-4**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 378342014-8

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT. 860 063 875-6
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

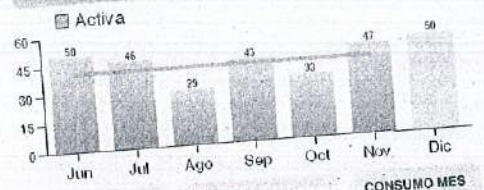
CLIENTE

VICTOR MANUEL GUTIERREZ SILVA
KR 77 NO 69 A 62
BOGOTA, D.C. - BOYACA.

17 504 8029 / 72044302

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $800,09

CONSUMO DIARIO: 1,67 kWh

VALOR DIARIO: $1.133

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 41 kWh

PERÍODO FACTURADO: 21 NOV/2025 A 20 DIC/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 50 kWh

Este mes tuviste un ahorro en LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO promedio bimestre. Encuentra las posibles causas y tips de consumo en www.enel.com.co

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

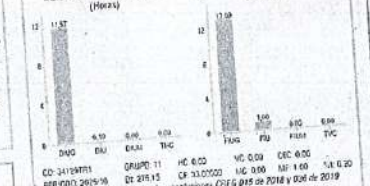
Repórtalo de forma anónima al **601 514 0000** o a través de nuestra página web: **enel.com.co**



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005175048029
RUTA LECTURA:	35175050444
MANZANA DE LECTURA:	MS00560337
MEDIDOR NO:	72044302
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO-34129TR1 GRUPO: 11 HC 6.00 VC 0.00 DEC 0.00
PERIODO 2025/10 Dz 216.15 CF 33.07000 MC 0.00 MF 1.00 TAR 0.20

Para mayor detalle consultar los resultados CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

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

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

EMERGENCIAS
115 Gratuito las 24 horas

DENUNCIAS
601 5140055
denuncias@enel.com

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

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

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

Corresponsales Bancarios
CONRED · efecty · Te Reval · MOVIRED · efecty

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel Únicamente Chía, Girardot y Fusagasugá

Código QR

Almacenes de Cadena
OLIMPICA · Metro

Si prefiere un corresponsal bancario, exija el desprendible del distribuidor. El pago 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: $285,56 T: $53,30 D: $294,84 CV: $78,01 PR: $53,02 R: $28,15 CP: $0,00 / $900,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: FN11-34129TR1 - NIVEL DE TENSIONAR PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

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

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 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.

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 establecidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 26/12/2025 01:51:25
FECHA EXPEDICIÓN: 26/12/2025 12:46:09

CUDE: 484161bd6897ad3635fbe946b047fdc0c2486e5d1529777224299b1be2ed0a3de61cf5f3b5793

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.612-8

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

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

HC: 73	MICROCHIP: S 900255003225093		FECHA: 25-07-26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: coral			COLOR: Pardo
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 10M	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 X MIXTO OTRO _____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____ COMPRADO___ ADOPTADO X _REGALADO___ PERRO DE CUADRA____ OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carol Andrea Bermudez Vergara	DIRECCION CL 74B # 120B 11	TELEFONO 3142197092
CEDULA: 52974479	CORREO ELECTRÓNICO: carolitabermudez@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Villas de Granada / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa Dic/25	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa 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: dd/mm/aaaa Agosto/25 .LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa Sept/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:	114	l/m	F. RESPIRATORIA:	32	r/m	TEMPERATURA:	38,3 °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	1,2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 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	Gina Paola Rodriguez G	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Forero	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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: CABV	Nro de Identificación: 52974419.

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 52.974.419
BERMUDEZ VERGARA

APELLIDOS
CAROL ANDREA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-JUL-1983
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

16-JUL-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00573329-F-0052974419-20140515 0038613766A 1 1632882849

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

aseo

Periodo facturado Aseo
OCT/25/2025 - DIC/28/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
12312402

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
111301179 11

KR 69 No. 80-27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
Horario de Atención
BOGOTÁ 899114843-9

Datos del usuario

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

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo Variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
77.292,39	35.824,29	154.680,98

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$154.852	Ajuste a la decena -crédito-	$1-
Subsidio	$61.941-		

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$92.910
Aporte (+)	40%	Total Usuarios del Periodo	$92.910
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la UAN en el periodo actual	

Calle 77 No 119 C - 07
Cel. 310 334 8889
C.C. 28/01/2026

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
0.0613	0.0380

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidadas
$86.007	$90.099	$92.982	65

La tarifa incluye subsidio o aporte*

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: 12 RUTA: 122320

BIMESTRAL

12312402
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11130117911
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
DORIS CONCHA FLOREZ

Dirección del predio
CL 74B 120B 11

Barrio: VILLAS DE
Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 3
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor
Marca
Serie
Tipo
Diámetro pulgadas

Período facturado OCT/22/2025 - DIC/19/2025

Pago oportuno ENE/08/2026

Suspensión ENE/14/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/27/2026	DIC/22/2025 08:21:04	DIC/22/2025 12:01:11

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 Alcan

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.

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

HC: 74	MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003219224		FECHA: 25-07-26

ORIGEN : CES X PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mia			COLOR: Carey
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 10M	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 X ADOPTADO ____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Edwin Lopez	DIRECCION cl 67 N 122A 58	TELEFONO 3219787645
CEDULA: 79.735971	CORREO ELECTRÓNICO: edwinlopez74 @ gmail.com	
BARRIO O VEREDA Engativa / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachillerato / N.S/NR.	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 124 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 38,5 °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	1 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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: 79735971 BTÁ D.C.

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 **79.735.971**

LOPEZ

APELLIDOS

EDWIN

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-OCT-1974**

SAN CARLOS DE GUAROA
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

25-FEB-1993 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01030561-M-0079735971-20180810 0062239832A 1 9905356486

SOLICITA TU
FACTURA·
EN·LINEA·
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

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Bancolombia · Banco Pichincha · Nequi · Daviplata · dale

*Permite adicionalmente inscripción o débito automático.

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

Escanea para pagar tu factura

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
01 8000 919 052

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.096.812-8 2018127082525 VANTI

¡Hola!

FLOR ELVA CETINA
CL 67 122A 58 00001 - ENGATIVA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5017110-595737

Lote: P12GN Ruta: 0011760142165005000 Código del Sector: 412

Cuenta o referencia de pago **62230629**

vanti Listo

Compra televisor, colchón o 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

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 · K TRONIX · exito

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.

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

412
0011760142165005000
P12GN
101025
C1

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago 62230629

NIT: 900.007.813-5
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
05 Ene. 2026	07 Ene. 2026	Nov. - Dic. 2025	18 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal C=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	3m3	2.934,15	0.00	8.802,45
MENOS SUBSIDIO (33%)	1UN	-2.922,41	0.00	-2.922,41
AJUSTE DECENA	1UN	0,04	0.00	0,04

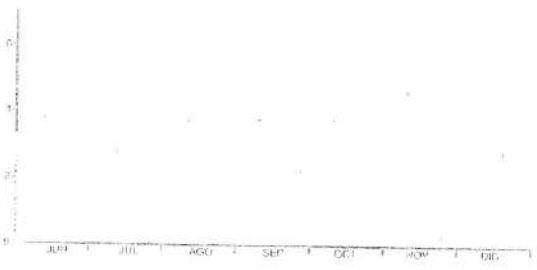
1 – Total **$5.880,00**

Tus financiaciones

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

2 – Total **$0,00**

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat Dos Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
18 Nov. 2025	2686	REAL
16 Dic. 2025	2690	REAL

Tal corregido= 2690 - 2686 * Factor de corrección = 3

Tu próxima lectura será: Entre 13 y el 18 de Enero

Novedades de tu factura

Cuota $ 2.278,60

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

Revision Periodica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 30 Nov. 2027

Agenda tu RPO aquí

Tarifas

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

Componentes tarifarios

$	1324.73	$	582.57	$	399.11	$	0.0
$	65.09	$	0.0	$	0.0	$	0.0
$	0.0	$	42.512	$	0.0	$	0.0

Factor de corrección

	4		0.76727		1.00634		0.77213
	3		19.74		15.56		1.04040
$	0.722	$	0.023	$	1.0		

0.77213

Indicadores de calidad

	100.0		0.0		100.0		100.0



NUESTROS EXPERTOS NO PELIEN DINERO

Factura No. F1587835928

EDWIN LÓPEZ,
79735971 BTA D.C
CII 67 # 122A-58
3219787C45

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

Expiry-Date: 2030/09/02
900255003225103

HC: 75	MICROCHIP: SI	FECHA: 25-07-26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sammy			COLOR: calico
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA MESTIZO	EDAD 3M	PESO: 1.6 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: Angela Lucia Camargo Roa	DIRECCION Cl 87 N° 95C 48	TELEFONO 3123769787
CEDULA: 52.817093	CORREO ELECTRÓNICO: angelaluciacamargo@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Bachue I	ESTRATO: 2.	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: N/R	ULT. DESPARASITACIÓN: N/R	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: 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: 125 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 38,6 °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
	Morfina	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 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:
Angela Camargo	52811093

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.811.093
CAMARGO ROA
APELLIDOS
ANGELA LUCIA
NOMBRES

Angela L Camargo R.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-MAR-1982
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
07-ABR-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO
A-1500150-01131913-F-0052811093-20200212 0070079483A 1 9911808772

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.

38



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 · Itaú* · Bancamía · BBVA* · Scotiabank Colpatria* · Banco AV Villas* · Banco GNB Sudameris* · Bancolombia* · Banco Falabella* · Banco Pichincha* · Banco Caja Social* · Nequi · Davivienda* · Daviplata · Rappipay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

7048/27052025 VANTI

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

¡Hola!

BLANCA A RODRIGUEZ
CL 87 95C 48 00411 - BACHUE I
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5037199-39482

345

Lote: P06GN **Ruta:** 0011460030017305000 **Código del Sector:** 345

Cuenta o referencia de pago **61740284**

0011460030017305000

P06GN

26880

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti Listo

¡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 Gases del Caribe S.A. ESP. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación que ofrecen estas empresas a través de Vanti. Aplica condiciones y cupo para financiación. Consúltalo en grupovanti.com/vantilisto

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

C1

Factura de gas

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago 61740284

BOGOTA

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 27 Ene. 2026
2. Fecha de suspensión: 28 Ene. 2026
3. Periodo facturado: Dic. - Ene. 2025
4. Emisión de tu factura: 14 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	4M3	2.899,74	0,00	11.598,96
MENOS SUBSIDIO (32%)	1UN	-3.752,26	0,00	-3.752,26
AJUSTE DECENA	1UN	2,40	0,00	2,40
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	2.104,28	0,00	2.104,28
Venta materiales Atcs y Emergencia	1UN	2,07	1.878,77	11.768,09
Visita tecnica Emergencias	1UN	88.475,01	0,00	22.120,26
Venta materiales menores Atcs y Em	1UN	100,13	223,77	1.401,65

1 – Total $45.243,38

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.38 % Visita RPO Cliente Residencial	4/12	7.400,14	971,50	7.400,14
1.38 % Visita RPO Cliente Residencial	4/24	3.396,48	1.132,78	3.396,48

2 – Total $10.796,62

3 – Valor facturas vencidas

$0,00

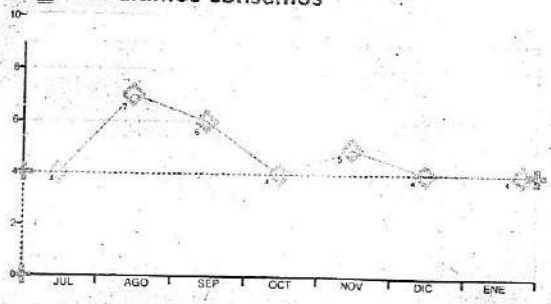
Total a pagar (1) + (2) + (3)

$56.040,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
07 Dic. 2025	4784	REAL
09 Ene. 2026	4789	REAL

m³ corregido= 4789 - 4784 * Factor de corrección = 4

Tu próxima lectura será

Entre 04 y el 09 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

(415)7709998026025(8020)61740284(3900)00000000056040

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Sep. 2030

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1335.32 Tm: 549.31 Dm: 594.74 Cm: 0.0
Pr: 64.32 Cvm: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

MJ/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 47 kWh y el precio unitario del kWh es: $166.951

Factor de corrección

Vm: 5 Kp: 0.76867 Kt: 1.00648 Ft: 0.77164
Vc: 4 Tm: 13.7 Te: 15.56 Z: 1.01008
Pa: 0,751 Pm: 0.0234 F pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77164

Indicadores de calidad

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



Factura No. F15B741507777

547de668ba5c085b5d05645457ed5606f5f15d2175e8e03a3420b1c3a84b14602a45f40f45e013dd3dc89892ae01d65

Convoy Tecnología y Servicios S.A.S. BIC
Nit. 830.321.151-0

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

FIC: 76 | MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003225102 | FECHA: 25-07-26

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Macarena | COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA: MESTIZO | EDAD: 1A | PESO: 4.0 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_____COMPRADO X ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO_____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Fernando Rodriguez Enriquez | DIRECCION: C/ 86A N° 95C-76 | TELEFONO: 3172383583

CEDULA: 1085256087 | CORREO ELECTRÓNICO: cfrodriguez2016@gmail.com.

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

ESCOLARIDAD: Profesional | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: N/R | ULT. DESPARASITACIÓN: Oct/25 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: Abril/25 LEUCEMIA: RABIA: Junio/25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

CLASIFICACION ASA I. II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 2/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 110 l/m | F. RESPIRATORIA: 34 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	1,3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez Medica Veterinaria MVSc [illegible]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: 1085256084

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 1.085.256.087

RODRIGUEZ ENRIQUEZ
APELLIDOS

CARLOS FERNANDO
NOMBRES

Carlos Fernando Rodriguez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-FEB-1987
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

03-MAR-2005 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALVARO ALFREDO RENGIFO LOPEZ

P-2300100-53136711-M-1085256087-20050506 0460305125B 02 185001850

enel · Bogotá

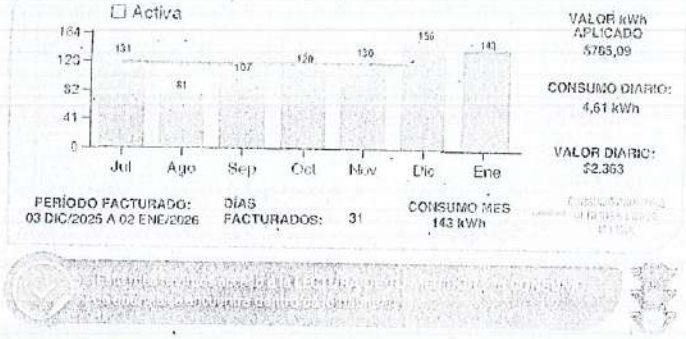
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

06226759-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379565793-4

INSCREDIAL .
CL 86 A NO 95 C 16 BO 1 IN 11
INT 111
BOGOTA, D.C. - CIUDAD BACHUE I ETAPA

04 702 9349 / 4302337

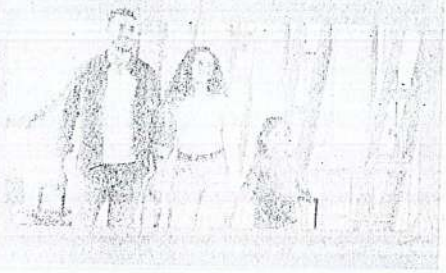


VALOR kWh APLICADO
$765,09

CONSUMO DIARIO:
4,61 kWh

VALOR DIARIO:
$2.363

PERÍODO FACTURADO: 03 DIC/2025 A 02 ENE/2026
DÍAS FACTURADOS: 31
CONSUMO MES 143 kWh



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	4.06
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000/047029349
RUTA LECTURA:	37947160560
MANZANA DE LECTURA:	MG00563139
MEDIDOR NO:	4302337
SUBCLASE:	Básica

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)

Bogotá, Soacha y Cundinamarca
601 5 115 115

Zona privada de peticiones Web

App Enel Clientes Colombia

315 5140055

https://www.enel.com.co/es/personas/p/conocer-oferta.html



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: Vigencias: DIC/2025
G: $267,05 T: $54,14 D: $280,65 CV: $75,00 PR: $59,75 R: $10,70 CP: $0,00 / $765,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: EL26-11705851 - NIVEL DE TENSION: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa (1,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Según el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según Resolución No 0064 de 10 de diciembre de 2020.

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

Esta factura da derecho a pago neto descuento de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 015/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y/o el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por esta Empresa.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Empresa de Cundinamarca), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente. Para cualquier información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por esta Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 06/01/2026 01:43:13
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 16:22:10

Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS DIC Nombre del SW: CENFacturador - NIT 860.321.151-6

13 ENE /2026

$73.540 $21.100 $94.640 20 ENE/2026

0626759-1 02 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real Situación encontrada: Normal

ENERGIA ACTIVA FP	39.722	39.579	143	1	143	143	$785.000	$112.208	
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$939.000	$0	
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 150.00 kWh X		Valor kWh $785.0833	X	Porcentaje 39.94 %		SUBTOTAL:	-$39.000	
								$73.230	

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2.353 DIARIOS

Ajustes a la decena		$3	COBRO SEGUROS
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA		$500	
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA		$-201	
	SUBTOTAL:	$302	

$21.100

$73.540 $21.100

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 $103.803

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

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 - 130 kWh/mes) es de -39.94 %

Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

Contáctanos por nuestro canal oficial al 316 820 6003, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

Al momento de hacer tu reporte:

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

Al final recibirás un caso para hacer seguimiento.



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

NÚMERO DE CUENTE
0626759-1

Cumento Equivalente Electrónico No.
379565793-4

(415)7707209914253(8020)0106267591379565793(3900)000000009940

PAGO OPORTUNO
16 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$94.640

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

HC: 77	900255003225087	NO	FECHA: 25-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Rouse			COLOR: Naranja blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA mestizo	EDAD 6m	PESO: 2.3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO___ MIXTO X OTRO____	

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO_X___COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Briggithe Vanessa Duarte Puscus	DIRECCION CL 73 No 89A35.		TELEFONO 3232516565
CEDULA: 1.019129900	CORREO ELECTRÓNICO: buenessaduarte@gmail.com		
BARRIO O VEREDA Florencia	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR.	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_		

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud.

ULT. CELO: N.R.	ULT. DESPARASITACIÓN: 12.2025.	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:	
		FELINOS: TRIPLE FELINA: 12.2025 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. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	176	l/m	F. RESPIRATORIA:	30	r/m	TEMPERATURA:	38,1	ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 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	Gina Paola Rodriguez G	FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL	Medica Veterinaria MSc T.P. 9743		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Forero	FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441		

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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:
Vanessa Duarte	1019129909

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.019.129.909

DUARTE PUSCUS
APELLIDOS

BRIGGITHE VANESSA
NOMBRES

Vanessa Duarte
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-MAY-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

12-MAY-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00712418-F-1019129909-20150604 0044407995A 1 41725756

Bogotá

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

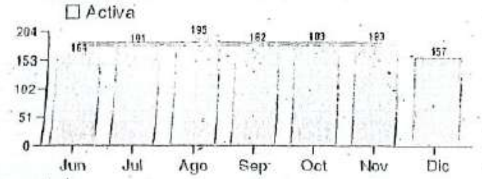
0583579-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 378902437-9

BELEN G DE MARIN
CL 73 NO 89 A 35
BOGOTA, D.C. - FLORENCIA

20 507 5041 / 651441

☐ Activa



VALOR kWh APLICADO
$800,09

CONSUMO DIARIO:
5,06 kWh

VALOR DIARIO:
$3.549

PERÍODO FACTURADO: 26 NOV/2025 A 26 DIC/2025

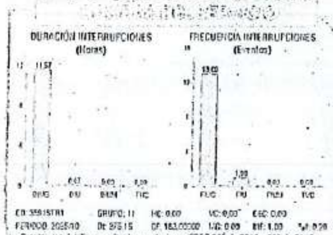
DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 157 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 181 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005205075041
RUTA LECTURA:	35205150181
MANZANA DE LECTURA:	MS00562044
MEDIDOR NO:	651441
SUBCLASE:	Básica



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

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

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115

115 Gratuito las 24 horas

601 5140055

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

App Enel Clientes Colombia

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: $286,56 T: $53,30 D: $281,81 CV: $78,01 PR: $58,02 R: $28,15 CF: $0,00 / $800,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: ... NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 115 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: 30/12/2025 00:49:59
FECHA EXPEDICIÓN: 30/12/2025 15:11:18

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

$110.740	+ $0	= $110.740	13 ENE /2026
			15 ENE/2026
	0583579-9		26 ENE /2026

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

ENERGIA ACTIVA FP	60.593	60.439	157	1	157	157	$800.09	$125.614
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$294.84	$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X		Valor kWh $800,0862	X	Beneficio -15,00 %			-$15.602
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $3.549 DIARIOS							SUBTOTAL:	$110.012

Ajustes a la decena	$5
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$809
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-86
SUBTOTAL:	$728

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo $0

	$110.740

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 $105.863

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 %

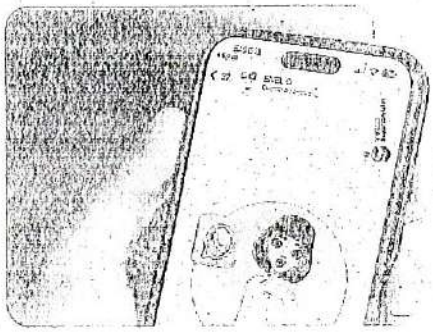
Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

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
0583579-9

umento Equivalente Electrónico No.
378902437-9

(415)7707209914253(8020)010583579937890243 79(3900)0000000011 0740

PAGO OPORTUNO
13 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$110.740

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

HC		FECHA:
78	900255003219237	25-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Linda				COLOR: Carey.	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 5m	PESO: 2 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO Y		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO____MIXTO X OTRO____	

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO____COMPRADO____ADOPTADO X REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angie Milena Mgica Torres	DIRECCION CL 87 No 95C 15.	TELEFONO 3108000185.
CEDULA: 1.016.017.775	CORREO ELECTRÓNICO: milenamojica112@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Bachue 1 / 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: 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 (I.) II. III. IV. V. VI. E. / CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
128 l/m	32 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	0,6 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 TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P.9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1016017775

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
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.016.017.775**

MOJICA TORRES

APELLIDOS

ANGIE MILENA

NOMBRES



Angie Milena Mojica Torres

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **13-ENE-1989**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-MAY-2007 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00436160-F-1016017775-20130520 0033052633A 1 1112265184



FECHA DE NACIMIENTO **13-ENE-1989**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-MAY-2007 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00436160-F-1016017775-20130520 0033052633A 1 1112265184

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PAGALA A TRAVÉS DE



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

vanti



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

¡Ahórrate el incremento de tarifa del 2026!

(*)Válido para usuarios que cumplan el Grupo Vanti. Campaña válida entre el 15/12/2025 y 15/01/2026. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Puedes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC. Ver T y C en www.grupovanti.com/RPO

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Recibirás más pronto tus facturas de vanti a través de correo electrónico suscribete en www.vanti.co/factura-electronica

Escanea para pagar tu factura

Bancolombia

Nequi

daviplata

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

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.

CANAL DE SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 900.604.138 - 7 2025/12/04 2025 VANTI

¡Hola!

ROSALBA RODRIGUEZ
CL 87 95C 15 302 00310 - BACHUE I
BOGOTA

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

Medidor Gas No. 5157198-63867

Lote: P06GN Ruta: 0011460020065905000 Código del Sector: 345

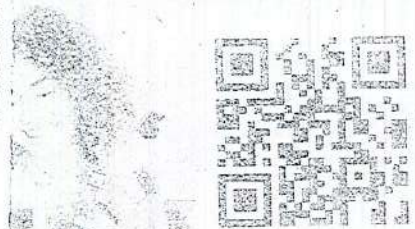
Cuenta o referencia de pago **60966473**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti

¡TU COMPRA EMPIEZA escaneando el QR!



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

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

Remitente: VANTI
ROSALBA RODRIGUEZ
CL 87 95C 15 302 00310
BOGOTA
Cuenta: 60966473
26383

0116081220926383

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

345
0011460020065905000
P06GN
26383
Cl

Enero 2026

Cliente o referencia de pago 60966473

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1 Pago oportuno	2 Fecha de suspensión	3 Periodo facturado	4 Emisión de tu factura
27 Ene. 2026	28 Ene. 2026	Dic. - Ene. 2025	14 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA ($)	Valor total $
CONS. CON SUBSIDIO	8M3	2.899,74	0,00	23.197,92
MENOS SUBSIDIO (32%)	1UN	-7.504,53	0,00	-7.504,53
AJUSTE DECENA	1UN	-3,39	0,00	-3,39

1 — Total $15.690,00

Tus financiaciones

Plan de financiación/Concepto	Vigencia	Cuotas	Valor cuota	Saldo

2 — Total $0,00

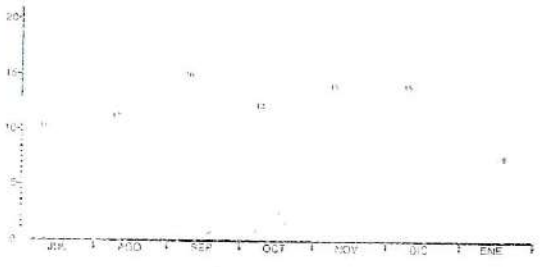
3 — Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $15.690,0

Pago por

Escanear el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Dos Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
07 Dic. 2025	2084	REAL
09 Ene. 2026	2075	REAL

2075 - 2084 Factor de corrección = 9

Entre el 04 y el 09 de Febrero

Novedades de tu factura

Cuota $ 2.610,92

Estimado cliente recuerde que tiene antes Ene/2026 y el 30/06/2026 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/07/2026 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Puede agendar en y evite la suspensión (Dias Restantes)

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora al consumidor al momento. Valor de la tasa vigente 2%

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Jun. 2026

Agende su cita aquí

Tarifas

Consumo promedio de gas natural por $2544.

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

Compensaciones tarifarias

Cargo	1335.32	Vol.	549.31	Pen.	594.74	Ub.	0.0
Fc	54.02	Com.	0.0	Subs.	0.0	Redis.	0.0
Con.	0.0	Fac.	42.475	Tra.	0.0	Sob.	0.0

Consumo promedio de los últimos 6 meses 94

Valor unitario de la factura $166.951

Precios y parámetros

Pcs	1.11	Pcm	0.70867	Pt	1.035.0
Cc	0	Tu	13.7		15.5%
Pcr	0.751	Pm	0.0231	Fc	1.0
			0.77164		

Confiabilidad de Lectura

Lect.	100.0	Cons.	100.0	Ult.	100.0

(415)7703901802602 5(8020)60966473(3900)00000000015690

Factura No. F-1567312-215

C1

26383

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

HC	79	900255003225626	NO	FECHA: 25-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Morita			COLOR: negro	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA mestizo	EDAD 2 A	PESO: 3-8 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO ____REGALADO X PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Osvaldo Enrique Arrieta Vasquez	DIRECCION Kra 94 Q No. 93-06	TELEFONO 3102001941
CEDULA: 9.199.198	CORREO ELECTRÓNICO: el.titanic.24@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA Luis Carlos / ESTRATO: 1	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: 01-2026	ULT. DESPARASITACIÓN: N.R	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 124 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 38,7 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,7 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO	Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9713	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Monsalve Ferrero 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.

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: 9177198

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 9.177.198
ARRIETA VASQUEZ

APELLIDOS
OSVALDO ENRIQUE

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-MAY-1977
SAN JACINTO
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

21-AGO-1996 SAN JACINTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00157392-M-0009177198-20090523 0011766925A 1 1250011228

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT:	72.593,68	Costo variable no aprovechables	31.163,84	Valor base aprovechamiento	154.680,98
Frecuencia Barrido:	03	Frecuencia Recolección:	03	%Participación	100%
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 productor	RESIDENCIAL			Estrato	1

Datos del usuario

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

BOGOTÁ 901144043-9

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial Subsidio	$143.022 $100.115-	Ajuste a la decena -debito-	$3

Subsidio (-)	70%	Valor Aseo	$42.910
Aporte (+)	00%	Total Ingresos del periodo	$42.910

Informativo - deuda total (Vigencias que aseo reporta a la DIAN en el periodo actual)

Histórico de Vigencias cobradas

Días liquidados			
61	$43.055	$41.658	$43.690
	1	2	3

La tarifa incluye subsidio o aporte*

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	0,0349	

Cuenta contrato
11032114
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos
42123479810
Número de esta factura de servicios públicos

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 García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: F2 RUTA: F22237A

BIMESTRAL

11032114	42123479810
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Periodo facturado OCT/19/2025 - DIC/17/2025

Pago oportuno ENE/26/2026 Suspensión ENE/29/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
MAR/17/2026	ENE/08/2026 07:07:24	ENE/08/2026 12:03:17

¡Hola!

Factura a nombre de
MYRIAM GOMEZ ROJAS

Dirección del predio
KR 94Q 93 06

Barrio: LUIS CARLOS **Localidad: ENGATIVA**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca KENT Tipo VOLU015C
Serie 9612710 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. NIT 890.930.534-0

16942 102607 50544

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue **6 m³**



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

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

En este período	Promedio al día
5.000	83

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	3876	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	3871	Base promedio	
Tu consumo este período	5	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	KENT	Tipo	VOLUO15C
Serie	9612710	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
$11.478,09		$8.769,75		$5.569-		$42.910
A		B		C D E F		G

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

Consulta el detalle atrás

Escanea y paga virtual

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

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

= **Total a pagar** $57.589

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 108536c35e5af5c4e758b6ef23f814f605ac9ae94f7af6113810469417dacc6bce90ce2cc580fe10db0ee59874f5cddf

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	-70	$13.714-	$2.938,69	$5.877,24
Consumo residencial básico (m³)	5,00	$3.734,17	-70	$13.070-	$1.120,25	$5.600,85
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$26.784-		$11.478,09

B Alcantarillado

	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.656,05	-70	$6.518-	$1.398,82	$2.794,10
Consumo residencial básico (m³)	5,00	$3.983,73	-70	$13.943-	$1.195,12	$5.975,65
Subtotal				$20.461-		$8.769,75

* 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)	$9,47	$32,17
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$47	$161

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

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$2
D-ben. min. vital total	$5.601-
I-intereses de mora	$30
Subtotal	5.569-

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

puntored tpaga RappiPay Nequi Claro pay ualá dale

Para quienes requieran desplazarse o corresponsales bancarios autorizados

unto pago efecty puntored

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

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

Aseo
Valor a pagar
$42.910

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

(415)7707200489999(8020)421234786104(3900)000000042910

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$14.679

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)7707200489871(8020)421234786104(3900)000000014679

16942

102608 50544 2/2

DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1 TN001000 10 EAB ESP

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

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

HC	80	900255003225647	FECHA: 25-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mora Salcedo.			COLOR: Calico	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA mestizo	EDAD 9m	PESO: 3.1 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO____MIXTO X OTRO_____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO_____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Fredy Mauricio Salcedo Torres		DIRECCION Kra 111C No 81-10	TELEFONO 3203331709
CEDULA: 79696 268		CORREO ELECTRÓNICO: mgFredi7@live.com	
BARRIO O VEREDA Colsubsidio	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Universidad. NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
11-2025.	10-2025.	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m	F. RESPIRATORIA: 33 r/m	TEMPERATURA: 38,7 °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
	Morfina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 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. 9715	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Mesa Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA	

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 79696268

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 **79.696.268**
SALCEDO TORRES

APELLIDOS
FREDY MAURICIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-JUN-1976**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

31-OCT-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PEÑAGOS GIRALDO

A-1500150-01514780-M-0079696268-20250702 0146052751A 1 8515729334

SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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



vanti

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

¡Ahórrate el incremento de tarifa del 2026!

d a cargo de las empresas que conforman el Grupo Vanti. Campaña válida entre el 15/12/2025 y 19/01/2026. Promoción válida únicamente para usuarios natural residencial. Puedes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC. Ver Tyc en www.grupovanti.com/RPO

lundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

ecuerda que
edes pagar
s facturas de
a o varias
entas contrato
una sola
ansacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

responsales Banco BBVA
responsales Scotiabank Colpatria
responsales Grupo Aval

- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris

- Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

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

Línea telefónica solo para emergencias

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

¡Hola!

MERY TORRES
KR 111C 81 10 I04 00201 - COLSUBSIDIO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5127101-6534887

Lote: P05GN **Ruta:** 0011470011110005200 **Código del Sector:** 072

Cuenta o referencia de pago **60781424**

vanti Listo

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

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

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 Condiboyacense 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 bancario ofrecido por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de la política de financiación: consúltala en: grupovanti.com/vantilisto

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

072 0011470011110005200 P05GN 37221 C1

tura de gas — Enero 2025

ta o referencia de pago 60781424 — BOGOTA — Vigilado Superservicios

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

vanti — Más formas de avanzar

echas importantes

1. Pago oportuno 26 Ene. 2026
2. Fecha de suspensión 27 Ene. 2026
3. Periodo facturado Dic. - Ene. 2025
4. Emisión de tu factura 13 Ene. 2026

onceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
MO GAS	12M3	2.543,69	0,00	30.524,28
DECENA	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
	1UN	-4,28	0,00	-4,28

1 Total $34.700,00

s financiaciones

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

2 Total $0,00

Valor facturas vencidas

$0,00

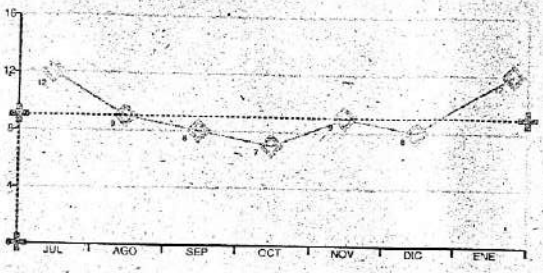
Total a pagar 1 + 2 + 3

$34.700,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
06 Dic. 2025	3597	REAL
07 Ene. 2026	3613	REAL

m³ corregido= 3613 - 3597 * Factor de corrección = 12

Tu próxima lectura será: Entre 03 y el 08 de Febrero

Novedades de tu factura

DAVIVIENDA CAJERO No. 2 U.N.
51 22 ENE 2026 4528
PROCESADO

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Nov. 2030

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41585 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1335.32 Tm: 549.31 Dm: 594.74 Cm: 2543.69
Pp: 64.32 Cvm: 0.0 Cufm: 4180.0 Cuvm: 2543.69
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 142 kWh y el precio unitario del kWh es: $244.396

Factor de corrección

Vm: 16 Kp: 0.76667 Kt: 1.00645 Pt: 0.77162
Vc: 12 Tm: 13.71 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.751 Pm: 0.0234 P pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77162

Indicadores de calidad

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



C1 37221

Factura No. F158739820008

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

900255003225606

HC	NO	FECHA:
81		25-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Lilith		Negro

ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA	EDAD	PESO	MANEJO ESPECIAL:
		mestizo	3A	3.9 KG	SI__ NO__

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI_____NO _____	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Claribel Jaramillo Socha	CL 87 p. 96-90	3242249490

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
65711.971	cjsocha67@gmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Bochica	3	ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__
Universidad	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
01-2025	12-2025	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
114 l/m	28 r/m	37.6 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Presento convulsiones hace 3 años. Se le explico al propietario los riesgos y ella manifesto que asume la responsabilidad.

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.)	0,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G. Médica Veterinaria ASC T.P.9765	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:
Clarebel Jaramillo S	65711971

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:

82



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 65711971

JARAMILLO SOCHA
APELLIDOS

CLARIBEL
NOMBRES

Claribel Jaramillo S
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-FEB-1967
LIBANO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-MAR-1985 LIBANO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500116-45106262-F-0065711971-20021002 03844 02275A 02 130401924

82

¡Hola!

CLARIBEL JARAMILLO
CL 87 96 90 101 00601 - BOCHICA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5087196-164155

Lote: P07GN **Ruta:** 0011470270470006000 **Código del Sector:** 239

Cuenta o referencia de pago **60803640**

239
0011470270470006000
36377
P07GN

vanti Listo

Compra televisor, cocina, nevera, moto y mucho más, a cuotas a través de tu factura de gas

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

C1

vanti Listo

¡TU COMPRA EMPIEZA escaneando el QR!



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

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Factura de gas

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago: 60803640

BOGOTA

NIT. 800.097.813-5
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
28 Ene. 2026	29 Ene. 2026	Dic. - Ene. 2025	15 Ene. 2026

Conceptos facturados

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

1 – Total $24.530,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

3 – Valor facturas vencidas

$0,00

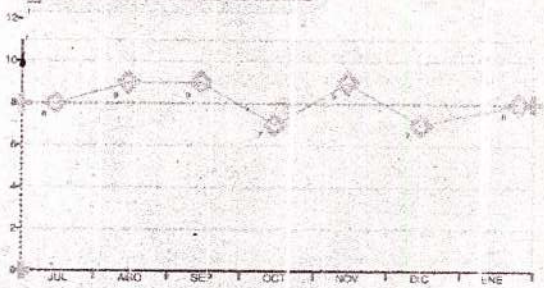
Total a pagar 1 + 2 + 3

$24.530,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
10 Dic. 2025	8577	REAL
10 Ene. 2026	8588	REAL

m³ corregido= 8588 - 8577 * Factor de corrección = 8

Tu próxima lectura será

Entre 06 y el 11 de Febrero

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Mar. 2027

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente.* *Resoluciones 059 de 2012 y 41585 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1335.32 Tm: 548.31 Dm: 594.74 Cm: 2543.69
Pb: 64.32 Cvm: 0.0 Cufm: 4180.0 Cuvm: 2543.69
Com: 0.0 Ftpm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

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

Factor de corrección

Vm: 11 Kx: 0.76628 Ks: 1.00848 Tc: 0.77125
Vc: 8 Tm: 13.7 Tz: 15.56 Fc: 1.01008
Pa: 0.751 Pm: 0.023 P pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77125

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 IDES: 0.0 IO: 100.0 IPE: 100.0



(415)7709998026025(8020)60803640(3900)000000000024530

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autoretenedores Tu factura No. 2252 2501 1 autorizada en Numeración de Facturación No. Formulario 18764012128267 del 31/12/2025. Facturación electrónica desde N° 0000001 hasta 1.000000 con vigencia de 24 meses

Gestión realizada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUIR 2-1100-000-6. VANTI S.A. ESP. NIT: 800.097.813-5. Revisar Ley Estatutaria 1581 de 2012 y Decreto Reglamentario 1377 de 2013. Esta información es privada y de uso exclusivo del titular de la información.

Consejo Técnico de Contaduría Pública Resolución 706 de 2016 Artículo 15 Numeral 15.1 literal b. NIT: 890.211.151-0

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

HC	82	900255003225034	NO	FECHA: 25-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Manuela			COLOR: gris-blanco.
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA mestizo EDAD 6m	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____REGALADO X PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Erian Alexander Contreras Cadena	DIRECCION Cl 96 No 94m21	TELEFONO 3204610581
CEDULA: 1057597949	CORREO ELECTRÓNICO: alexandercontreracadena@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Luis Carlos Galan ESTRATO: 1	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Profesional	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: N.R.	ULT. DESPARASITACIÓN: 12-2025	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: 09/01/2026 LEUCEMIA: 09/01/2026 RABIA: 18/10/2025.

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: 124 l/m	F. RESPIRATORIA: 38 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	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO	Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9743	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Monsc Forero MÉDICA VETERINARIA	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	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:
ALEXANDER CONTRERAS	1057 597 444 9.

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 1.057.597.949
CONTRERAS CADENA

APELLIDOS

ERIAN ALEXANDER

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-ABR-1995
ARAUCA
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-JUN-2013 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-0727700-00473611-M-1057597949-20130922 0034997143A 1 40277086

08042037	402,130.36	185,787.25	587,917.61	17,603,973.60
08052037	406,279.55	181,638.06	587,917.61	17,197,694.05
08062037	410,471.55	177,446.06	587,917.61	16,787,222.50
08072037	414,706.80	173,210.81	587,917.61	16,372,515.70
08082037	418,985.75	168,931.86	587,917.61	15,953,529.95
08092037	423,308.85	164,608.76	587,917.61	15,530,221.10
08102037	427,676.56	160,241.05	587,917.61	15,102,544.54
08112037	432,089.33	155,828.28	587,917.61	14,670,455.21
08122037	436,547.64	151,369.97	587,917.61	14,233,907.57
08012038	441,051.94	146,865.67	587,917.61	13,792,855.63
08022038	445,602.72	142,314.89	587,917.61	13,347,252.91
08032038	450,200.46	137,717.15	587,917.61	12,897,052.45
08042038	454,845.63	133,071.98	587,917.61	12,442,206.82
08052038	459,538.74	128,378.87	587,917.61	11,982,668.08
08062038	464,280.26	123,637.35	587,917.61	11,518,387.82
08072038	469,070.71	118,846.90	587,917.61	11,049,317.11
08082038	473,910.59	114,007.02	587,917.61	10,575,406.52
08092038	478,800.41	109,117.20	587,917.61	10,096,606.11
08102038	483,740.68	104,176.93	587,917.61	9,612,865.43
08112038	488,731.92	99,185.69	587,917.61	9,124,133.51
08122038	493,774.67	94,142.94	587,917.61	8,630,358.84
08012039	498,869.44	89,048.17	587,917.61	8,131,489.40
08022039	504,016.78	83,900.83	587,917.61	7,627,472.62
08032039	509,217.23	78,700.38	587,917.61	7,118,255.39
08042039	514,471.35	73,446.26	587,917.61	6,603,784.04
08052039	519,779.67	68,137.94	587,917.61	6,084,004.37
08062039	525,142.76	62,774.85	587,917.61	5,558,861.61
08072039	530,561.19	57,356.42	587,917.61	5,028,300.42
08082039	536,035.53	51,882.08	587,917.61	4,492,264.89
08092039	541,566.35	46,351.26	587,917.61	3,950,698.54
08102039	547,154.24	40,763.37	587,917.61	3,403,544.30
08112039	552,799.79	35,117.82	587,917.61	2,850,744.51
08122039	558,503.59	29,414.02	587,917.61	2,292,240.92
08012040	564,266.23	23,651.38	587,917.61	1,727,974.69
08022040	570,088.34	17,829.27	587,917.61	1,157,886.35
08032040	575,970.52	11,947.09	587,917.61	581,915.83
08042040	581,915.83	6,004.22	587,920.05	0.00
	48,000,000.00	57,825,172.24	105,825,172.24	

112848

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: **1319282-2**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 376132769-1

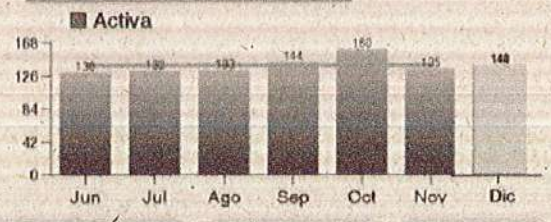
112848

CLIENTE

WILLIAM MUNEVAR
CL 96 NO 94 M 21 IN 2
INT 2
BOGOTA, D.C. - LUA.S CARLOS GALA.N

04 710 1494 / 25023918

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $820,96

CONSUMO DIARIO: 4.24 kWh

VALOR DIARIO: $1.773

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

DIAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES 140 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 139 kWh

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

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007047101494
RUTA LECTURA:	37047030650
MANZANA DE LECTURA:	MS00566158
MEDIDOR NO:	25023918
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 11208781 GRUPO: 11 NC: 0.00 VC: 0.00 CCO: 0.00
PERIODO: 2025/10 DI: 257.15 CF: 160.68000 NIC: 0.00 NIF: 1.00 %I: 0.00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 1018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/tramites.html
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
316 890 6003 (Elara 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 6 115 115	115 Opera las 24 horas	601 5140065 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

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

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Olímpica, Metro

Código QR

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

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: **Vigencia: OCT/2025**
G: $296,46 T: $52,97 D: $307,93 CV: $76,68 PR: $50,36 R: $26,56 CF: $0,00 / $820,96 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL15-11208781-- NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0647 de 28 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. 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 se cobra 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: 05/12/2025 04:55:14
FECHA EXPEDICIÓN: 05/12/2025 15:26:09

CUDE: c7e9212275599e1150068d8de2c080a6f6e665e7612e0c9ab5f5e9d5a12b83e8283eb9a8e128a1efbc23e90c3e55a12397

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.006.822-6.
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 830.321.151-0
6.451 - Página 1 de 2

08082032	226,315.05	361,602.56	587,917.61	34,819,433.99
08092032	228,650.17	359,267.44	587,917.61	34,590,783.82
08102032	231,009.39	356,908.22	587,917.61	34,359,774.43
08112032	233,392.95	354,524.66	587,917.61	34,126,381.48
08122032	235,801.10	352,116.51	587,917.61	33,890,580.38
08012033	238,234.10	349,683.51	587,917.61	33,652,346.28
08022033	240,692.20	347,225.41	587,917.61	33,411,654.08
08032033	243,175.67	344,741.94	587,917.61	33,168,478.41
08042033	245,684.76	342,232.85	587,917.61	32,922,793.65
08052033	248,219.74	339,697.87	587,917.61	32,674,573.91
08062033	250,780.87	337,136.74	587,917.61	32,423,793.04
08072033	253,368.43	334,549.18	587,917.61	32,170,424.61
08082033	255,982.69	331,934.92	587,917.61	31,914,441.92
08092033	258,623.92	329,293.69	587,917.61	31,655,818.00
08102033	261,292.41	326,625.20	587,917.61	31,394,525.59
08112033	263,988.43	323,929.18	587,917.61	31,130,537.16
08122033	266,712.27	321,205.34	587,917.61	30,863,824.89
08012034	269,464.21	318,453.40	587,917.61	30,594,360.68
08022034	272,244.54	315,673.07	587,917.61	30,322,116.14
08032034	275,053.57	312,864.04	587,917.61	30,047,062.57
08042034	277,891.57	310,026.04	587,917.61	29,769,171.00
08052034	280,758.86	307,158.75	587,917.61	29,488,412.14
08062034	283,655.74	304,261.87	587,917.61	29,204,756.40
08072034	286,582.50	301,335.11	587,917.61	28,918,173.90
08082034	289,539.46	298,378.15	587,917.61	28,628,634.44
08092034	292,526.94	295,390.67	587,917.61	28,336,107.50
08102034	295,545.23	292,372.38	587,917.61	28,040,562.27
08112034	298,594.67	289,322.94	587,917.61	27,741,967.60
08122034	301,675.58	286,242.03	587,917.61	27,440,292.02
08012035	304,788.27	283,129.34	587,917.61	27,135,503.75
08022035	307,933.08	279,984.53	587,917.61	26,827,570.67
08032035	311,110.34	276,807.27	587,917.61	26,516,460.33
08042035	314,320.38	273,597.23	587,917.61	26,202,139.95
08052035	317,563.54	270,354.07	587,917.61	25,884,576.41
08062035	320,840.17	267,077.44	587,917.61	25,563,736.24
08072035	324,150.60	263,767.01	587,917.61	25,239,585.64
08082035	327,495.19	260,422.42	587,917.61	24,912,090.45
08092035	330,874.29	257,043.32	587,917.61	24,581,216.16
08102035	334,288.26	253,629.35	587,917.61	24,246,927.90
08112035	337,737.45	250,180.16	587,917.61	23,909,190.45
08122035	341,222.23	246,695.38	587,917.61	23,567,968.22
08012036	344,742.96	243,174.65	587,917.61	23,223,225.26
08022036	348,300.03	239,617.58	587,917.61	22,874,925.23
08032036	351,893.79	236,023.82	587,917.61	22,523,031.44
08042036	355,524.64	232,392.97	587,917.61	22,167,506.80
08052036	359,192.95	228,724.66	587,917.61	21,808,313.85
08062036	362,899.10	225,018.51	587,917.61	21,445,414.75
08072036	366,643.50	221,274.11	587,917.61	21,078,771.25
08082036	370,426.54	217,491.07	587,917.61	20,708,344.71
08092036	374,248.60	213,669.01	587,917.61	20,334,096.11
08102036	378,110.10	209,807.51	587,917.61	19,955,986.01
08112036	382,011.45	205,906.16	587,917.61	19,573,974.56
08122036	385,953.05	201,964.56	587,917.61	19,188,021.51
08012037	389,935.32	197,982.29	587,917.61	18,798,086.19
08022037	393,958.68	193,958.93	587,917.61	18,404,127.51
08032037	398,023.55	189,894.06	587,917.61	18,006,103.96

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

HC: 83	900255003225032	NO	FECHA: 25-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Yuna			COLOR: blanco pardo	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA mestizo	EDAD 5m	PESO: 2.2 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO X PERRO DE CUADRA____OTRO_____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Valentina Beltran Angel	DIRECCION CL 90A No 95-67	TELEFONO 3207867992	
CEDULA: 1000.455.175.	CORREO ELECTRÓNICO: Valeoybd@gmail.com		
BARRIO O VEREDA Ciudad Bachue	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: N.R	ULT. DESPARASITACIÓN: 05-01-2026	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: 12 2025. LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	110	l/m	F. RESPIRATORIA:	20	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	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 TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria UDCA T.P. 52113	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Monsa Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Valentina Bta.	1000455175

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 DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.000.455.175



Apellidos
BELTRAN ANGEL

Nombres
ANA VALENTINA

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.55
Sexo: F

Fecha de nacimiento: 10 SEPT 2001
G.S.: O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
13 SEPT 2019, BOGOTA D.C

Fecha de expiración
13 MAYO 2035

Firma

Valentina B.A.

.CO

060698584

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL060698584815001<<<<<<<<<<
0109109F3505137COL10004551759<9
BELTRAN<ANGEL<<ANA<VALENTINA<<

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0631244-3**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379608276-4

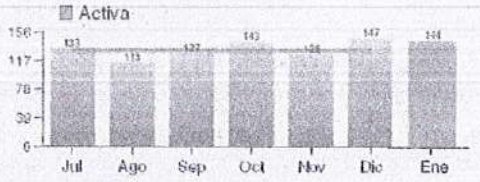
CLIENTE

MARIA LEONOR BELTRAN MONTAA
CL 90 A NO 95 67 BQ 1 AP 7000
INT 107
BOGOTA, D.C. - CIUDAD BACHUE

04 710 0617 / 4285422

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $785.09

CONSUMO DIARIO: 4,65 kWh

VALOR DIARIO: $2.388

PERÍODO FACTURADO: 03 DIC/2025 A 02 ENE/2026 | DÍAS FACTURADOS: 31 | CONSUMO MES 144 kWh

¡Ahora puedes acceder a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se promedian dentro de tu factura!

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

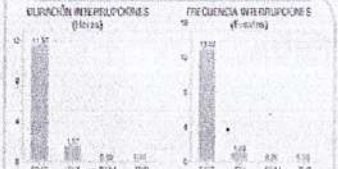
Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	4,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007047100617
RUTA LECTURA:	37047020569
MANZANA DE LECTURA:	MS00563037
MEDIDOR NO:	4285422
SUBCLASE:	Basica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicacion
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
315 690 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelColombiaCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

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

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecti, El Real, MOVIRED, Safecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel Bienvenidos Chile, Girardot y Fusagasugá

Almacenes de Cadena: Makro, Jumbo

Código QR

El pago en un corresponsal bancario puede generar costos del operador. El valor del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2025
G: $287,05 T: $54,14 D: $259,66 CV: $75,80 PR: $59,75 R: $10,70 CF: $0,00 | $785,09 Costo kWh Mes

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



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

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL13 1125781 - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1992.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9904 de 19 de diciembre de 2023.

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

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

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 06 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 consultarla 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 en aquella eficiente (principio de Oportunidad), de acuerdo con la agrupación 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 de línea que tiene Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 06/01/2026 01:44:41
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 16:32:57

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830048226-6 Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturador NIT 860.321.151-0

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

HC	MIC	FECHA
84	900255003225096	25-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Macarena			COLOR: blanco pardo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA mestizo	EDAD 9m	PESO: 2.1 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO___ MIXTO X OTRO___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luisa Fernanda Mejia Chaves	DIRECCION Dg 74B No 88-37	TELEFONO 3006838769
CEDULA: 1.000.380-618	CORREO ELECTRÓNICO: lmejiachaves703@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Florencia / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Universidad	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL___	

3. ANAMNESIS

en buen estado de salud

ULT. CELO: N.R	ULT. DESPARASITACIÓN: 21/11/2025.	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:	RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: 07/12/2025.	LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
128 l/m	32 r/m	37,9 °c	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 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 / 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:
Luisa Mejia	1000380618.

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.380.618
MEJIA CHAVES

APELLIDOS
LUISA FERNANDA

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-OCT-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

06-OCT-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01311714-F-1000380618-20220802 0080263081A 1 9920091574

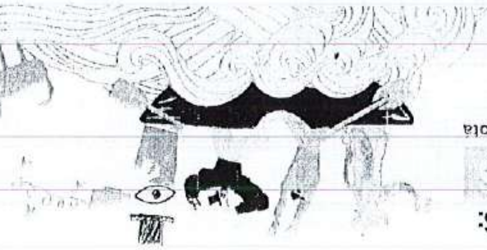
LA VIDA FLUYE EN DOS FORMAS:

ENIGMAS Y ENESCENAS

El Acueducto de Bogotá y el FIAV Bogotá te invitan a que dejes fluir la cultura por tus sentidos

Conoce más en www.fiavbogota.com #BogotáFluye

Aliado estratégico: C● CREA — Organizan: Cultura, Centro de Estudios de Bogotá, BOGOTÁ



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

Cámbiate a la factura virtual de la EAAB

aseo

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

10293477	17836006613
Cuenta contrato	**Número para pagos**
Núm. de identificación de este predio	Número de esta factura de servicios públicos

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

BOGOTÁ 901144843-8

Datos del usuario

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

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
108.890,52	52.613,40	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	0.0398

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$190.692	$181.957	$187.969	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$220.400		
Subsidio	$33.060-		

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$187.340
Aporte (+)	00%	Total ingresos del periodo	$187.340
Informativo - deuda total			

Ingreso que Aseo reporta 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: Grandes contribuyentes; Autorretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: E2 RUTA: E22195 — BIMESTRAL

10293477	17836006613
Cuenta contrato	**Número para pagos**
Núm. de identificación de este predio	Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
TITO ESPITIA

Dirección del predio
DG 74B 88 37

Barrio: FLORENCIA   Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Periodo facturado OCT/17/2025 - DIC/15/2025

Pago oportuno ENE/22/2026   Suspensión ENE/27/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
MAR/14/2026	ENE/07/2026 06:30:10	ENE/07/2026 13:41:53

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 2
Unidades No Habitacionales: 0

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.

Datos de tu medidor

Marca WATERTECH ITALIA   Tipo VELO015T2
Serie 09-9144759   Diámetro pulgadas ½

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.

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 22 m³

21	20	25	24
ABR- JUN $151.589	JUN-AGO $151.669	AGO-OCT $188.237	ÚLTIMO CONSUMO

En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
24.000	400

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	2469	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	2445	Base promedio	
Tu consumo este período	24	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	WATERTECH ITALIA	Tipo	VELO015T2
Serie	09-9144758	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
$92.895,08		$89.275,82		$2-		$187.340
A		B		C D E F		G

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

Consulta el detalle atrás

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período

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

= **Total a pagar** $369.510

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 190c234498d1e6062d5da49b4dc912a9cbf773fe28ba96a3f5f8977978bb5140836106579a9fa6ef2e6d6eb25415ff48d

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

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.795,62	-15	$2.939-	$8.326,28	$16.652,24
Consumo residencial básico (m³)	24,00	$3.737,41	-15	$13.455-	$3.176,80	$76.242,84
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$16.394-		$92.895,08

B Alcantarillado

	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.656,05	-15	$1.397-	$3.957,64	$7.915,10
Consumo residencial básico (m³)	24,00	$3.988,28	-15	$14.358-	$3.390,04	$81.360,72
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$15.755-		$89.275,82

* 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)	$26,82	$91,15
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$644	$2.188

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$2-
Subtotal	2-

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

PSE tpaga RappiPay Nequi PAY dale

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

efecty puntored

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

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

Aseo
Valor a pagar
$187.340

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

(415)7707200489996(8020)178360066137(3900)000000187340

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$182.170

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

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

HC: 85	MICROCHIP: SI 900255003225023		FECHA: 25-01-26

ORIGEN : CES X PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bianca				COLOR: Tabby gris - blanco	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 8m	PESO: 2.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X	
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO____ MIXTO X OTRO____		

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yazmin Camargo Gonzalez	DIRECCION CL 77A 81-57		TELEFONO 3163131460
CEDULA: 52 157 608	CORREO ELECTRÓNICO: yazminca.1@hotmail.com		
BARRIO O VEREDA La Granja	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnologa	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_		

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: 01-26	ULT. DESPARASITACIÓN: 01-26	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:	
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: 01-26	

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 178	l/m	F. RESPIRATORIA: 24	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.)	0,3 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 requerimientos prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra Ingrid Yomes C MÉDICO VETERINARIO U.A.N TP 29240	FIRMA	Ingrid A Yomes C
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Torres MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41440	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:
Joshua Eduardo G	52152157

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 **52.157.608**

CAMARGO GONZALEZ

APELLIDOS

YAZMIN

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-JUN-1972**

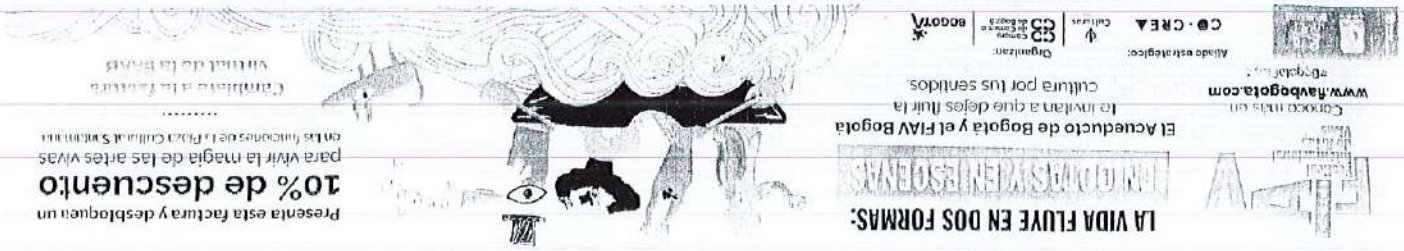
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-JUL-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00153858-F 0052157608-20090401 0010555699A 1 2871392



Datos del usuario

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

Tipo de producto:	RESIDENCIAL	Estrato	3
Und. Res. Ocupada:	2	Und. No Res. Ocupada:	0
Densidad	0.000		
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000
Volumen	0.00		
Frecuencia Barrido:	03	Frecuencia Recolección:	03
%Participación	0.000%		

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CF t:	Costo variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
72.593,68	35.075,60	154.680,98

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$146.933	Ajuste a la decena -crédito-	$3-
Subsidio	$22.040-		

G Estado de cuenta aseo

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$124.890
Aporte (+)	00%	Total impuestos del periodo	$124.890
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	0.0398	

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$127.128	$121.305	$125.313	61

La tarifa incluye subsidio o aporte?

Cuenta contrato 10100319
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 44131937813
Número de esta factura de servicios públicos

Período 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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: E2 RUTA: E22168

BIMESTRAL

10100319
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

44131937813
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado OCT/17/2025 - DIC/15/2025

Pago oportuno ENE/22/2026 Suspensión ENE/27/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
MAR/14/2026	ENE/07/2026 06:29:23	ENE/07/2026 13:40:07

¡Hola!

Factura a nombre de
E DE GONZALEZ

Dirección del predio
CL 77A 81 57

Barrio: LA GRANJA Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca ITRON AQUADIS Tipo VELO015R160
Serie A165522021 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 ↓

Números de 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.

e período

...u promedio de consumo fue 8 m³

11

5 8 8

ABR-JUN $55.802 | JUN-AGO $94.146 | AGO-OCT $76.821 | ÚLTIMO 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 período 8.000

Promedio al día 133

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	748	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	740	Base promedio	
Tu consumo este período	8	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	ITRON AQUADIS COMPOSITE	Tipo	VELO015R160
Serie	A16S522021	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 $42.066,52 (A) + Alcantarillado $35.035,34 (B) + Otros cobros $2- (C D E F) + Aseo $124.890 (G)

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

Consulta el detalle atrás

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período

Ingresos que la EAAB-ESP reportará la DIAN en el período actual

= **Total a pagar** $201.990

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): d9a54e327ce762fc467e7ef8fc1027ede977920b6607b40e656e7d7ce1146d8bf503926ccd6ce9e46ae9bd30f2f44909

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	-15	$2.939-	$8.326,28	$16.652,24
Consumo residencial básico (m³)	8,00	$3.737,41	-15	$4.485-	$3.176,80	$25.414,28
Consumo residencial superior básico (m³)	.					
Cargo fijo no residencial (mes)	.					
Consumo no residencial (m³)	.					
Subtotal				$7.424-		$42.066,52

B Alcantarillado

	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.656,05	-15	$1.397-	$3.957,64	$7.915,10
Consumo residencial básico (m³)	8,00	$3.988,28	-15	$4.786-	$3.390,04	$27.120,24
	.					
	.					
	.					
Subtotal				$6.183-		$35.035,34

* 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)	$26,82	$91,15
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$215	$729

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$2-
Subtotal	2-

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

punto red pagos · RapiPay · Nequi · PSE · Daviplata · dale · Efecty · puntored

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE Consulta de canales y horarios de atención en www.bogota.gov.co/tramites-y-servicios/cades

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

Aseo
Valor a pagar
$124.890

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

(415)7707200480996(8020)44131937813003900(000000124090

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor cajero: Si en el desprendible de aseo aparece sello y sticker de reclamación,

DOMICILIARIOS NHO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-ID EAB-ESP

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

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

HC: 86	MICROCHIP: SI 900255003225090	FECHA: 25-01-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zoe			COLOR: Gris - Blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 3m	PESO: 1,4 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: Francisco Javier Rojas Rodriguez	DIRECCION CL 97 N° 94M - 11	TELEFONO 3208965586
CEDULA: 1.014.304.185	CORREO ELECTRÓNICO: rojass.francisco10@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Luis Carlos Galan / ESTRATO: 1	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: NS/NR: profesional	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buen estado Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/R	01/2026	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
170 l/m	24 r/m	38,7 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— 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.)	0,1 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 Ingrid A Veres C. MÉDICO VETERINARIO U.A.N TP 29640	FIRMA Ingrid A Veres C
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41444	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:
Francisco Rojas	1014304185

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.014.304.185
ROJAS RODRIGUEZ

APELLIDOS
FRANCISCO JAVIER

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 10-MAR-1999
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

16-MAR-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01215393-M-1014304185-20210215 0073450000A 1 9914654122

97044

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

1319207-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 378587235-8

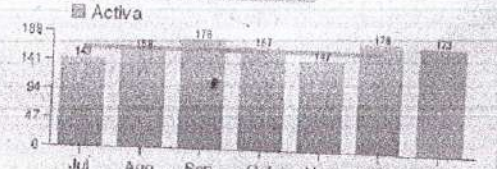
97044

LUZ MARINA RODRIGUEZ
CL 97 NO 94 M 11
BOGOTA, D.C. - LUA.S CARLOS GALA.N

04 710 1772 / 25024533

¿Ordenó la factura física? Escanee el código

¿COMPORTAMIENTO CONSUMO?



VALOR kWh APLICADO: $785,09

CONSUMO DIARIO: 5,56 kWh

VALOR DIARIO: $2.716

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

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES: 173 kWh

¡Activa aquí tu primer acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía sin preguntarle cuándo de la factura!

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA KW:	3,04
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	300070471017 72
RUTA LECTURA:	3704703018
MANZANA DE LECTURA:	MS00566158
MEDIDOR NO:	25024533
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



CONTÁCTANOS

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

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

350 860 8000 (Línea Bot o para Asesor)

Enel Colombia @EnelColombia

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO ACCIDENTAL: Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

INFORMACIÓN: 115 Gratuito las 24 horas.

DENUNCIAS: 601 5140056 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 Servicio, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Correo Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de pago Online, Botón de Pago Recaudación

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

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Gi Reval, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el documento y el del dueño. 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: $38,70 CF: $0,00 / $785,09 Costo kWh Mes

GRUPO TARIFARIO: B1S-1126811 - NIVEL DE TENSIÓN PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ser Sujetos 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 dichos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 16 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suspensión proceden 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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 156 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 conocer mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

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

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 860 063 875-8. 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 01:53:29
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 17:10:15

CUDE: 7fc8253e4873cdbda8dcd91b4822381f22d7de85d5f61fdc70829aa0394a0376838180ad20e5913f68381f8d7c0d9a10af1

Factura impresa por Computer Solutions en Computación SAS NIT 800.060.812-8. Versión: Provisor Transacción: Cenefa Facturación y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: Cenefamaceno - NIT 890321151-0

12.377 - Página 1 de 2

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

HC: 87 | 900255003225615 | NO | FECHA: 25-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kaly | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA mestizo | EDAD 3 A | 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 X COMPRADO____ ADOPTADO ____ REGALADO____ PERRO DE CUADRA____ OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Claribel Jaramillo Socha | DIRECCION: CL 87 No 96-90 | TELEFONO: 3242249490

CEDULA: 65711.971 | CORREO ELECTRÓNICO: cjsocha67@gmail.com.

BARRIO O VEREDA: Bochica | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Universidad. | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud.

ULT. CELO: 19-01-2025 | ULT. DESPARASITACIÓN: 12-2025 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: ____ LEUCEMIA: ____ RABIA: ____

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 174 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 38,4 °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.)	0,3 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 Ingrid A Yepes C.	FIRMA: Ingrid A Yepes C
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICO VETERINARIO U.A.N T.P 29240	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Monse Forero	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 4144[illegible]	

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Maribel Jaramillo S	63 711-971

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:

81



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 65711971
JARAMILLO SOCHA
APELLIDOS
CLARIBEL
NOMBRES
Claribel Jaramillo S
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-FEB-1967
LIBANO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-MAR-1985 LIBANO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
A-1500116-45106262-F-0065711971-20021002 03844 02275A 02 130401924

81

¡Hola!

CLARIBEL JARAMILLO
CL 87 96 90 I01 00601 - BOCHICA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5087196-164155

Lote: P07GN **Ruta:** 0011470270470006000 **Código del Sector:** 239

Cuenta o referencia de pago **60803640**

vanti Listo

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

239
0011470270470006000
36377
P07GN
C1

vanti Listo

¡TU COMPRA EMPIEZA escaneando el QR!



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

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Factura de gas

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago: 60803640

BOGOTA

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
28 Ene. 2026	29 Ene. 2026	Dic. - Ene. 2025	15 Ene. 2026

Conceptos facturados

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

1 – Total $24.530,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

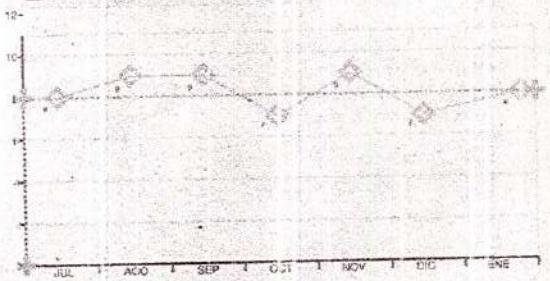
3 – Valor facturas vencidas: $0,00

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

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
10 Dic. 2025	8577	REAL
10 Ene. 2026	8588	REAL

m³ corregido= 8588 - 8577 * Factor de corrección = 8

Tu próxima lectura será Entre 06 y el 11 de Febrero

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Mar. 2027

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1335.32 Tm: 549.31 Dm: 594.74 Cm: 2543.69
P: 64.32 Cvm: 0.0 Cvfm: 4180.0 Cvvm: 2543.6
Com: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 94
kWh y el precio unitario del kWh es: $280.952

Factor de corrección

Vm: 11 Ko: 0.76628 Kt: 1.00648 Pb: 0.77125
Vc: 8 Tm: 13.7 Tc: 15.56 Pc: 1.01008
Pc: 0.751 Pm: 0.023 P av: 1.0

Factor de corrección: 0.77125

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPst: 100.0



(415)7709998026025(8020)6080364C(3900)00000000024530

Bonos gravados con el cuatro por mil Resolución 000209 Diciembre 27 2013 Retención de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4169 del 17 Jul 1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764912872 del 31/03/2026 Facturación electrónica desde el 30/06/2021 hasta 1200000000 con vigencia de 24 meses

Edificio Digital gestionado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NURI 2 11001606 8. VANTI S.A. ESP. NIT. 800.007.813-5 Holding Inicial Unibán Y Tecnibán S.A. E.S.P. 1.213.162.235 prestador no oficial. Ley 142 de la ley 142 de 1994

Constitución y Servicios S.A.S. U.S. Nit 900.321.197-0

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

HC	MICRO	FECHA
88	900255003225613	25-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nieve			COLOR: blanco-gris.	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA mestizo	EDAD 1 A	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____ MIXTO X OTRO ____		

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO__X__COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Iliana Helena Wagner Cespedes	DIRECCION CL 86 No 95D03	TELEFONO 3122593183	
CEDULA: 1000.696.492	CORREO ELECTRÓNICO: ilizowagner@gmail.com		
BARRIO O VEREDA Bochica	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Profesional.	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_		

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
12-01-2025	11-2025.	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: 06 2025.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
140 l/m	32 r/m	39.1 °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.)	0,3 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 Ingrid A Lopez C.	FIRMA	Ingrid A Lopez C
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICO VETERINARIO U.A.N TP 29740		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Forero	FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441		

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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:
Ilona Wagner C/	1000596492

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.696.492

WAGNER CESPEDES

APELLIDOS

ILIANA MILENA

NOMBRES

Iliana Wagner C.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-MAY-2000

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

22-MAY-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01014024-F-1000696492-20180612 0061530288A 1 50434610

enel Bogotá

0625802-3

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 17982297-1

MARIA TERESA LOPEZ VESGA
CL 86 NO 95 D - 03 BQ 9 AP 210
CD 3 AP 210
BOGOTA, D.C. - BOCHICA

05 704 9395 / 4114471

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

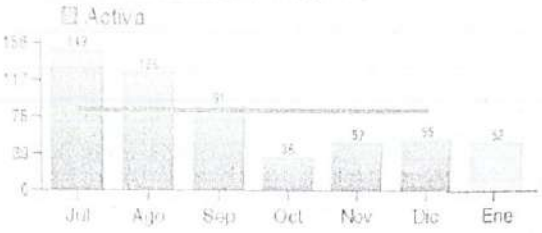
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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 sólo por la energía que consumiste.



COMPORTAMIENTO DE CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $785,09

CONSUMO DIARIO: 1,68 kWh

VALOR DIARIO: $1.119

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

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES: 52 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 5 MESES: 85 kWh

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	11,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	300079570499395
RUTA LECTURA:	37957061773
MANZANA DE LECTURA:	MS00560212
MEDIDOR NO.:	4114471
SUBCLASE:	Basica

CALIDAD DEL SERVICIO



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

Digitalia y solicitudes enel.com.co/es/personas/transacciones

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

318 890 8003 Elena Bot o paso Asesor

Enel Colombia @EnelClientesCO

¡Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

ENTIDAD PARA ATENCIÓN AL CLIENTE: Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

LÍNEA GRATUITA: 115 Gratuito las 24 horas

601 5140065 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

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

Billetera Virtual

Daviplata · dale! · MOVII · Nequi · rpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · efecty · Red Distrital: RED CADE · Centros de Servicio: enel Bucaramanga Chía, Girardot y Fontibón · Almacenes de Cadena: Alkosto · Metro · MOVIRED · Efecty

Código QR

COMPONENTES TARIFARIOS: Componentes del costo: Vigencia: DIC 2025

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

Inscribete a la factura virtual de Enel y contribuye con la naturaleza

FECHA GENERACIÓN: 07/01/2026 01:51:25
FECHA EXPEDICIÓN: 07/01/2026 15:05:18

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS Nit 830.048.226-6 Autorización DIAN No. 18760000001 del 08/09/2010 Numeración desde el No. 1 hasta el No. 5000000 Actividad económica 6201 Actividad económica 6202

Factura Electrónica de Servicio Público Domiciliario SAS Nit 830.048.226-6 Autorización DIAN No. 18760000001 del 08/09/2010 Numeración desde el No. 1 hasta el No. 5000000 Actividad económica 6201 Actividad económica 6202

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

HC	89	900255003225620	NO	FECHA: 25-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Africa		COLOR: blanco-negro	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 7m	PESO: 3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO Y	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO X REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Vanessa Navas Chaves	DIRECCION Kra 89A Nº 84 B07	TELEFONO 3232449698
CEDULA: 1.032.484.458	CORREO ELECTRÓNICO: navasliamis@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Primavera	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: 12-2025	ULT. DESPARASITACIÓN: 20-11-2025.	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: 06 2025 ,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: 132 l/m	F. RESPIRATORIA: 36 r/m	TEMPERATURA: 37,2 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	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 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 Ingrid A Yepes C. MÉDICO VETERINARIO U.A.N T.P. 29640	FIRMA Ingrid A Yepes C
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Mesa Ferro MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Laura Nave	1032484458.

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:

AUTORIZACIÓN/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.484.458
NAVAS CHAVES
APELLIDOS
LAURA VANESSA
NOMBRES

laura navas
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-AGO-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

22-AGO-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00623755-F-1032484458-20140916 0040079272A 2 43471879

Bogotá

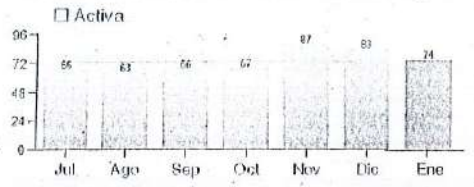
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

2470324-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379610810-2

FERNANDO RODRIGUEZ AMAYA
KR 89 A NO 84 B 07 AP PISO 3
LOS CEREZOS
BOGOTA, D.C. - PRIMAVERA

04 706 6559 / 892577



VALOR kWh APLICADO
$785,09

CONSUMO DIARIO:
2,39 kWh

VALOR DIARIO:
$1.593

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

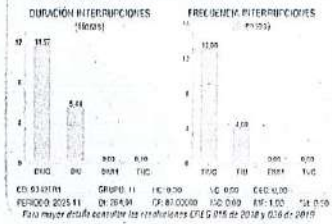
DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES
74 kWh



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007017066559
RUTA LECTURA:	37017120063
MANZANA DE LECTURA:	MS00561772
MEDIDOR NO:	892577
SUBCLASE:	Básica



PERIODO 2025 11 DI: 28,00 CF: 61,00000 IC: 0,00 IE: 1,00 *Para mayor detalle consulte los resultados CREG 015 de 2018 y 030 de 2019*

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

Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

601 5 115 055

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





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 los consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art 150).

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: **Vigencia: DIC/2025**
G: $297,05 T: $51,14 D: $288,58 CV: $75,89 PR: $59,75 R: $10,70 CF: $0,00 / $785,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: ELS 03127R1 - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Enel
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución Ido. 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 0061 de 10 de diciembre de 2020.
Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG 156 /11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención 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 01:59:07
FECHA EXPEDICIÓN:
06/01/2026 16:48:10

CUDE: 3b96ca721ab3c704a7dbb8dfbd9e5e5d864b9a75cdca790477867b74addd8a3833cddd1 3b6e1d03ea2a04d94447097560d22

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CEN/Financiero - NIT 890.321.151-0
Documento impreso por Carvajal de factura en Comunicaven SAS NIT 900.079.012-6

16 ENE /2026

$402.110

20 ENE/2026

2470324-4

02 FEB /2026

Situación encontrada: Normal

74	74	$765.89	$58.097
0	0	$960.66	$0
Beneficio -15.00%			$8.715
		SUBTOTAL:	$49.382

sfencia Protección Luz 360	$55.000
BRO SEGUROS	$91.500
jeta Credito Amarilla	$205.965

$352.465

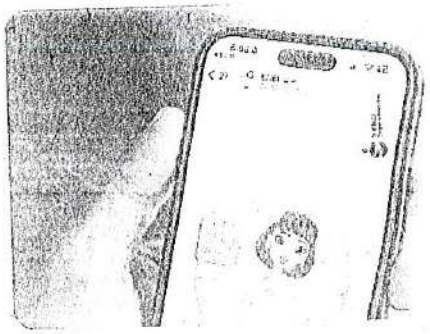
Somos que de no realizar el pago de sus obligaciones Credito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro

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

TRANSACCION EXITOSA

Fecha	16/01/2026
Hora	18:04:24
Terminal	351629
Convenio	RECAUDO ENEL VENCIDO Y NO VENCIDO
Cod. Convenio	0266
Referencia	24703244
Valor	$402,110
Transaccion	001318809690
Usuario	CLAUDIA MILENA CASTELLANOS CONTRERAS

Linea de atención personalizada en Bogota:
601 3487881
Aqui también puede pagar su tarjeta de credito y creditos de consumo del Banco Davibank
BANCO DAVIBANK VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



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.

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

NÚMERO DE CLIENTE
2470324-4

ocumento Equivalente Electrónico No.
379610810-2

(415)7707209914253(8020)012470324437961081 02(3900)0000000402110

PAGO OPORTUNO
16 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$402.110

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

HC: 40	900255003225646	NO	FECHA: 25-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nieves			COLOR: Pardo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA mestizo	EDAD 1A 10m	PESO: 3.5 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO Y	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angie Lorena Beltran Rodriguez	DIRECCION Dg 89B No 115A 3	TELEFONO 3143661772
CEDULA: 1.015.465.109	CORREO ELECTRÓNICO: albeltranr@unincca.edu.co	
BARRIO O VEREDA El Cortijo / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
20-01-2026	V.R	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
134 l/m	28 r/m	38,7 °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	1,3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO	Dra Ingrid A Yepes C.	FIRMA	Ingrid A Yepes C
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICO VETERINARIO U.A.N		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Forero T.P. 24442	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:
	1015461519

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.015.465.109
BELTRAN RODRIGUEZ

APELLIDOS
ANGIE LORENA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-SEP-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 O- F
ESTATURA G.S. RH SEXO
08-OCT-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01327316-F-1015465109-20221104 0088867135A 1 0920627037

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

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



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

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7048/27/08/2025 VANTI

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

COLSUBSIDIO COLSUBSIDIO
DG 89B 115A 3 I03 00304 - EL CORTIJO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5087196-115472

Lote: P07GN **Ruta:** 0011470220080006100 **Código del Sector:** 145

Cuenta o referencia de pago **60780426**

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti Listo

¡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.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

145 - 0011470220080006100 3864 P07GN C1

Factura de gas

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago **60780426**

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
28 Ene. 2026	29 Ene. 2026	Dic. - Ene. 2025	15 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	4M3	2.543,69	0,00	10.174,76
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	-4,76	0,00	-4,76

1 – Total $14.350,00

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

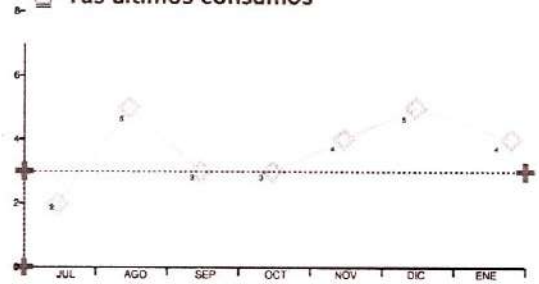
Total a pagar 1 + 2 + 3

$14.350,0

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
10 Dic. 2025	2969	REAL
10 Ene. 2026	2974	REAL

m³ corregido= 2974 - 2969 * Factor de corrección = 4

Tu próxima lectura será

Entre 06 y el 11 de Febrero

Novedades de tu factura

Estimado cliente recuerde que tiene entre Dic/2025 y el 30/05/2026 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 31/05/2026 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 May. 2026

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1335.32 Tm: 549.31 Dm: 594.74 Cm: 2543.69
Jp: 64.32 Cvm: 0.0 Cufm: 4180.0 Cuvm: 2543.69
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 47
kWh y el precio unitario del kWh es: $305.42

Factor de corrección

Vm: 5 Kp: 0.76828 Kt: 1.00648 Pt: 0.77125
Vc: 4 Tm: 13.7 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.751 Pm: 0.023 F² pv: 1.0

Factor de correción: 0.77125

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)60780426(3900)00000000014350

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autoretenedores Resolución No. 4858 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764091287057 del 31/03/2025. Facturación electrónica desde N° 50000001 Hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 2-1100100 6. VANTI S.A. ESP. NIT: 800.007.813-5 - Régimen Fiscal Decidir 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. Nit. 890.321.151-0

Factura No. F16B74247436

84e083a92a496a1055a24c0c1744b5d77a7d6907b0bcd82706513c3d1168fa8d7d6a9ff32e07a385ab6c4c550e82ac407

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

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
91	Expiry-Date:2030/09/02 900255003225099	25-01-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Trinity		Gris / Blanco

ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA	EDAD	PESO:	MANEJO ESPECIAL:
		MESTIZO	8M	2-8 KG	SI__ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Carol Andrea Bermudez Vergara	CL 74B # 120 B 11	3142197042

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
52 974 419	carolitabermudez@gmail.com.

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Villas del Granada	2	ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL__
Profesional	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Enero/26	DIC/25	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: AGOSTO/25 LEUCEMIA: RABIA: SEP/25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: NINGUNO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
116 l/m	24 r/m	37,7 °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	1,2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 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 sleccionado quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Dra Ingrid A Yepes C MÉDICO VETERINARIO U.A.N TP 29840	Ingrid A Yepes C
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE 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]	52974491

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 **52.974.419**

BERMUDEZ VERGARA

APELLIDOS

CAROL ANDREA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-JUL-1983**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-JUL-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00573329-F-0052974419-20140515 **0038**613766A 1 1632882849

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Cll 77 No 119 C - 07
Cel. 310 334 8869
C.C. 1026[illegible]1/2026

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$154.852	Ajuste a la decena -crédito-	$1-
Subsidio	$61.941-		

Estado de cuenta aseo

Tonelades 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		
0.0613	0.0380		

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$96.007	$80.099	$92.982	65

La tarifa incluye subsidio o aporte*

Datos del usuario

Tipo de producto RESIDENCIAL — Estrato 2

Und. Res. Ocupadas:	2	Und. No Res. Ocupadas:	0	Densidad	0.000
Und. Res. Desocupadas:	000	Und. No Res. Desocupadas:	000	Volumen	0.000
Frecuencia Barrido:	03	Frecuencia Recolección:	03	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT:	Costo Variable no aprovechables	Valor Base aprovechamiento
77.292.39	35.824.28	154.680.98

Dirección de Atención: Horario de Atención: Km 69 No. 80-77/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80

BOGOTÁ

Cuenta contrato 12312402
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 11130117911
Número de esta factura de servicios públicos

Período facturado OCT/25/2025 - DIC/28/2025
El servicio de aseo se factura 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 García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: I2 RUTA: I22320

BIMESTRAL

12312402
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11130117911
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado OCT/22/2025 - DIC/19/2025

Pago oportuno ENE/08/2026

Suspensión ENE/14/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/27/2026	DIC/22/2025 08:21:04	DIC/22/2025 12:01:11

¡Hola!

Factura a nombre de

DORIS CONCHA FLOREZ

Dirección del predio

CL 748 1208 11

Barrio: VILLAS DE — Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 3
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca — Tipo
Serie — Diámetro pulgadas

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 115 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.

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

HC: 92	MICROCHIP: SI — Expiry-Date: 2030/09/02 — 900255003219231		FECHA: 25 07 26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Cloe			COLOR: Gris cenizo
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo. EDAD 7M	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: Mayra Rocio Cardenas Gelviz	DIRECCION Kr 83A 75-50	TELEFONO 3008820944
CEDULA: 52459178	CORREO ELECTRÓNICO: mayracardenas732@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Soledad Norte — ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachillerato	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO_ RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: N/R	ULT. DESPARASITACIÓN: Enero/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	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
124 l/m	32 r/m	38,4 °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.)	0,2 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 Ingrid A Torres C	FIRMA	Ingrid A Torres C
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICO VETERINARIO U.A.N T.P 29840		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Forero	FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441		

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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:
Mayra Cárdenas	5245978

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 5245978

CARDENAS GELVIZ
APELLIDOS

MAYRA ROCIO
NOMBRES

COL

VEN F
NACIONALIDAD SEXO

27601605
DNI Nº

03-01-2001
FECHA DE NACIMIENTO

19-04-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISADO

FIRMA

E0849849



INDICE DERECHO

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

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN

www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5245978<<0<<<<<<<<<<<<<<<
0101030P3105308VENE0849849<<<2
CARDENAS<GELVIZ<<MAYRA<ROCIO<<

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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 · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Daviplata · Rappipay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.212-8 704527362023 VANTI

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

JAMED DE JESUS MONTOYA
KR 83A 75 50 C21 00001 - SOLEDAD NORTE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057105-108188

Lote: P17GN Ruta: 0011410105800005000 Código del Sector: 224

Cuenta o referencia de pago **61687047**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti

¡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 Gasnorte S.A. ESP. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación ofrecido directamente por el Grupo Vanti. Aplica condiciones y sujeto a aprobación crediticia. Consulta en grupovanti.com/vantilisto

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

P17GN 0011410105800005000 224

Factura de gas

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago **61687047**

BOGOTA

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
15 Ene. 2026	16 Ene. 2026	Nov. - Dic. 2025	26 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	7M3	2.570,50	0,00	17.993,50
FIJO	1UN	4.182,00	0,00	4.182,00
AJUSTE DECENA	1UN	4,50	0,00	4,50
Vanti Max Con Permanencia F	1UN	11.924,37	2.265,63	14.190,00

1 – Total $36.370,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

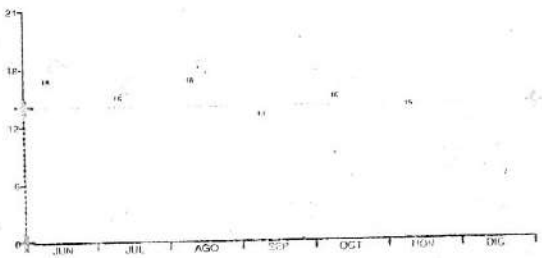
3 – Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$36.370,0**

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Días de consumo 27

Fecha	Lectura	Tipo
24 Nov. 2025	2247	REAL
20 Dic. 2025	2256	REAL

m³ consumidos= 2256 - 2247 * Factor de corrección = 7

Tu próxima lectura será Entre 19 y el 24 de Enero

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

29 Sep. 2029

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $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 Cvm: 2570.5
P: 65.09 Cvm: 0.0 Cufm: 4102.0 Subs: 2570.5
Com: 0.0 Epcm: 42.512 DNUR: 0.0 Dist: 0.0

Hoy tu consumo en m³ de gas equivale: 83

Y el precio unitario del kWh es: $267.175

Factor de corrección

Vm: 9 Xm: 0.76766 Ks: 1.00634 Pt: 0.77253
Vc: 7 Tm: 13.74 Tc: 15.56 Cc: 1.000000
Fc: 0.752 Pm: 0.0234 P: 1.0

Factor de corrección: 0.77253

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IP: 100.0





(415)7709998026025(8020)61687047(3900)00000000036370

23904

C1

Factura NIS F1387319085

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

HC: 93	MICROCHIP: SI 900255003225082	FECHA: 25-07-26.

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lucy			COLOR: Gris- Blanco.	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 5M	PESO: 2.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____CONCENTRADO ____ MIXTO X OTRO _____	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leidy Johana Montillas Rojas	DIRECCION Cl 86A N° 95F 15	TELEFONO 3212408870
CEDULA: 52 865 759	CORREO ELECTRÓNICO: montilla40johana@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Ciudad Bachue I / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachillerato	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
132 l/m	34 r/m	37,6 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 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 Ingrid A Yepes C.	FIRMA	Ingrid A Yepes C
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICO VETERINARIO U.A.N T.P 29840		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Monsalve Forero	FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441		

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Yeimy Johana Montillo Rojas	52 865 159

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 DE LA CLINICA ☐ DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL VETERINARIO ☐

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **52.865.159**

MONTILLAS ROJAS

APELLIDOS

LEIDY JOHANA

NOMBRES

leidy johana montillas

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-JUL-1979**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-FEB-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-8867010-00976743-F-0052865159-20180207 **0059**46673A 1 49695701

120293

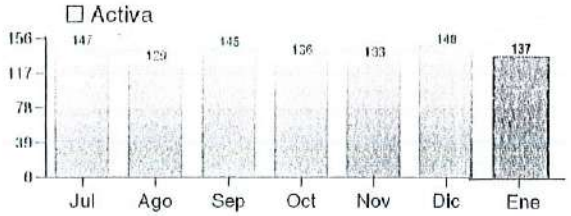
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 3

0626966-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 379821548-6

INSCREDIAL .
CL 86 A NO 95 F 15 BQ 1 IN 8
INT 108
BOGOTA, D.C. - CIUDAD BACHUE I ETAPA

05 702 1898 / 127451



VALOR kWh APLICADO $785,09

CONSUMO DIARIO: 4,42 kWh

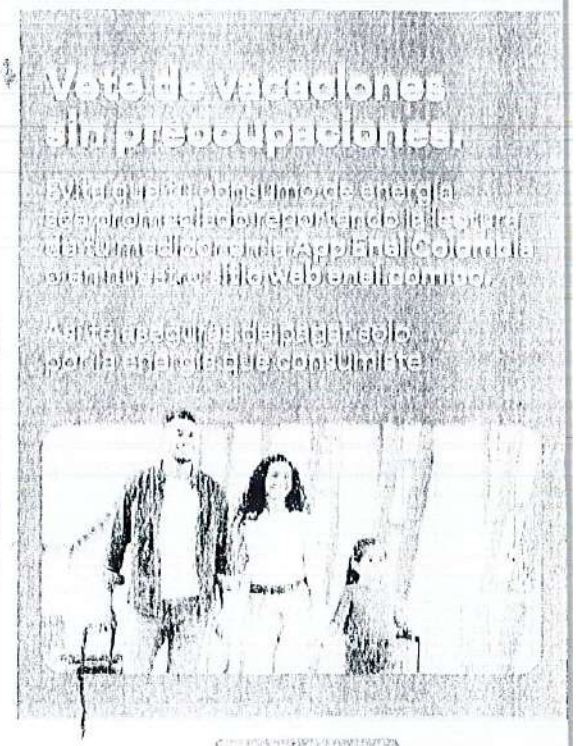
VALOR DIARIO: $2.211

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 140 kWh

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

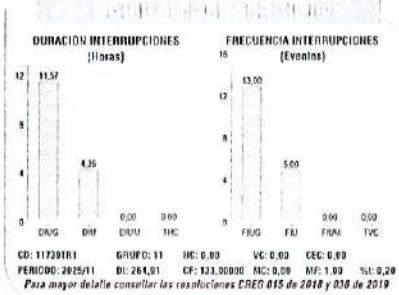
DIÀS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 137 kWh



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	5,15
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007057021898
RUTA LECTURA:	37057940444
MANZANA DE LECTURA:	MS00563146
MEDIDOR NO:	127451
SUBCLASE:	Básica



CD: 117391R1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/11 DI: 264,91 CF: 133,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,20

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

Recomendaciones ENEL

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

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

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

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

Medios virtuales de Pago

dale Nequi tpaga

Otros corresponsales Bancarios

CONRED efácil Reval efecty

Red Distrital

RED CADE

Unicamente Cliente Diesel y Facultativo

Centros de Servicio

Ahorro en tu factura

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: BL20_11733TR1 - - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.
"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG155/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjase a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Publicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 07/01/2026 01:52:15
FECHA EXPEDICIÓN: 07/01/2026 14:41:13

CUDE: 9c16810c94071b9671137d7a2c4733c8b771944bdfccdb9b0641ad98109b32905000e3e3350abc00b64c2edfd71655d

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

HC: 94 | MICROCHIP: SI | Expiry-Date: 2030/09/02 900255003225027 | FECHA: 25-07-26

ORIGEN: CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Niña | COLOR: Blanco / Pardo

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA: MESTIZO | EDAD: 5M | PESO: 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: Alba Lucero Leguizamon Rodriguez | DIRECCION: cl 88 N°95B 75. | TELEFONO: 3703048389

CEDULA: 57 787 490 | CORREO ELECTRÓNICO: aleguizamonrodriguez@gmail.com

BARRIO O VEREDA: ciudad Bachue I | ESTRATO: 2. | LOCALIDAD: ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: técnico | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_

3. ANAMNESIS

Buena salud.

ULT. CELO: N/R | ULT. DESPARASITACIÓN: 01/25 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: NAS/25 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: 132 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 38.5 °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	0,1 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 Ingrid A Yepes C.	FIRMA: Ingrid A Yepes C
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICO VETERINARIO U.A.M	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Mesa Ferrero	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Alba Leguizamón	51787490 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:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.787.490**

LEGUIZAMON RODRIGUEZ

APELLIDOS

ALBA LUCEYA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **01-DIC-1965**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

12-DIC-1983 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00127722-F-0051787490-20081114 0005965565A 1 1250028132

Nina

86923

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: **0628595-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 379578281-9

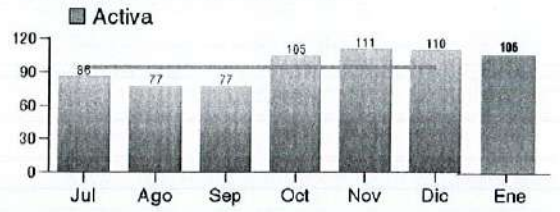
86923

CLIENTE

INSCREDIAL .
CL 88 NO 95 B 15 BQ 4 IN 4
INT 404
BOGOTA, D.C. - CIUDAD BACHUE I ETAPA

04 702 9458 / 6051948

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $785,09

CONSUMO DIARIO: 3,42 kWh

VALOR DIARIO: $1.658

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

DIAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 106 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!

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:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007047029458
RUTA LECTURA:	37047940440
MANZANA DE LECTURA:	MS00563140
MEDIDOR NO:	6051948
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



CO: 11236TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/11 Di: 264,91 CF: 111,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %L: 0,20

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

CONTÁCTANOS

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

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

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

Billetera Virtual

MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · efecty · Reval · MOVIIRED · puntored

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel — Únicamente Cds. Chapinero y Facatativá

Almacenes de Cadena

Jumbo · Metro

Código QR

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

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: **Vigencia:** 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

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: BL29-11236TR1 - - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

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

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

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

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

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 06/01/2026 01:44:10
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 17:08:11

CUDE: 0151d461000b277b2414f8692ee70008d549c20e688296a82d2216191 2d5b4e8699121f9faa1035e081ce9b20a3e12c97

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-8. Vigilada Supervalores

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

4.169 - Página 1 de 2

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$51.630		$0		$51.630	16 ENE /2026	20 ENE/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0628595-9

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 Consumida kWh	Energía Facturada kWh	(X)	Valor Unitario	(=)	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	52.253		52.147		106		1		106	106		$785,09		$83.219
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$289,66		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $785,0883		X		Beneficio -38,24 %					-$31.825

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.658 DIARIOS — **SUBTOTAL: $51.394**

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-2
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$399
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-161
SUBTOTAL:	**$236**

Consumos + Otros cobros asociados a energia — 1 **TOTAL ENERGÍA: $51.630**

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 -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
0628595-9

Documento Equivalente Electrónico No.
379578281-9

(415)7707209914253(8020)010628595937957828l9(3900)00000000051630

PAGO OPORTUNO
16 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$51.630

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

HC: 95	MICROCHIP: SI	Expiry-Date:2030/09/02 900255003225025	FECHA: 25-07-26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pelusa	COLOR: Blanco / pardo

ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA: Mestizo	EDAD: 7M	PESO: 3.1 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

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

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO X REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Zamir Sanchez Hernandez	DIRECCION: Cl 88 N 94P 75	TELEFONO: 3115560369
CEDULA: 79.666.557	CORREO ELECTRÓNICO: ZSanchez_73@hotmail.com.	
BARRIO O VEREDA: Bachue	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Tecnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena salud.

ULT. CELO: N/R	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: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: Oct/25.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 132 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 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	1,3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 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 Ingrid A. Veyes C. MÉDICO VETERINARIO U.A.N T.P 29840	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Mesa Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Jaime Jiménez	79'666 557

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 **79.666.557**

SANCHEZ HERNANDEZ

APELLIDOS

JOSE ZAMIR

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-MAR-1973**

CHIQUINQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

01-AGO-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

A-1500150-01480643-M-0079666557-20241210 **0142**944685A 2 8513688714

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



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



vanti

Agenda y certifica tu Revisión Periódica Obligatoria de gas antes del 15 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 el 31/01/2026. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Puedes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC. Ver T&C en www.grupovanti.com/RPO

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de uno o varios clientes contenido en una sola transacción.

Escaneo para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Bancolombia

Nequi

dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fija - Móvil: 164 ó 01 8000 919 115
01 8000 180 164

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 vuelva a conectar, un cargo de reconexión. Si no has recibido o no has podido acceder a tu factura, llama a nuestra línea de atención telefónica y de acuerdo con lo consumido, como comunidad podrás programar un recorte de reposición, cite tu empresa y aplica para tu suspensión definitiva. Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al corte. Ausencia del recibo de facturación. Sobre el contenido de tu factura, el cual puedes consultar en las oficinas de atención de la ley 142 de 1994 y puede hacer valer ante la fecha límite para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 890926.612-0 70182702026 VANTI

¡Hola!

JOSE ZAMIR SANCHEZ
CL 88 94P 15 101 00103 - BACHUE I
BOGOTA

vanti
Más fácil, avanzar
Vanti S.A. ESP.

Medidor Gas No. 5077196-50800

Lote: P06GN **Ruta:** 0011460010011305000 **Código del Sector:** 345

Cuenta o referencia de pago 61124036

vanti

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

vanti

¡TU COMPRA EMPIEZA escaneando el QR!



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

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 305 498 4194
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.

345 · 0011460010011305000 · P06GN

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago 61124036

BOGOTÁ

Fechas importantes

Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de la factura
28 Ene. 2026	Dic. - Ene. 2026	14 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad (Unidad de medida)	Valor unitario ($)	IVA (%)	Subtotal ($)
CONS. SIN SUBSIDIO	29M3	2.543,69	0,00	73.767,01
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	2.899,74	0,00	57.994,80
MENOS SUBSIDIO (32%)	1UN	-18.761,32	0,00	-18.761,32
AJUSTE DECENA	1UN	0,49	0,00	0,49

Total $113.000,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital (A)	Intereses (B)	Cuota del mes (A+B)

$0,00

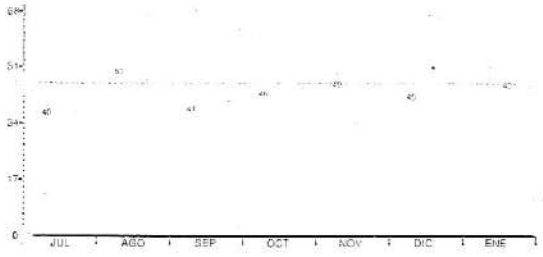
Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar $113.000,0

Pagá por

Escaneá el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Residencial Estrato: Dos Días facturados: 35

Fecha	Lectura	Tipo
06 Dic. 2025	9953	REAL
09 Ene. 2026	17	REAL

Consumo = 17 - 9953 * Factor de corrección = 49

Tu próxima lectura será: Entre 04 y el 09 de Febrero

Novedades de tu factura

CuVa $ 2543.69

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

(415)7709998026025(8020)61124036(3900)00000000113000

Revisión Periódica Obligatoria

Próximamente Revisión Periódica Obligatoria

28 Feb. 2030

Agendá tu cita aquí

Tarifas

Estrato: 2

Para ahorrar: Tu mínimo de gas este mes es de: $2544.

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

Tarifas aplicadas según la Comisión de Regulación de Gas (CREG).

Cargo a costos variables

Gm: 1335.32 Tm: 549.31 Dm: 594.74 Cm: 0.0
Pm: 64.32 Dvm: 0.0 Cvm: 0.0 Cvm: 0.0
Com: 0.0 Pcom: 42.475 DAUR: 0.0 DAURE: 0.0

Usted Tu consumo en m³ de gas estimado: 578
m³/día y el precio unitario de m³/día en: $195.503

Factor de corrección

Vm: 64 Km: 0.76667 Km: 1.00648 Pc: 0.77164
Vc: 49 Tm: 13.7 Tc: 15.56 Pc: 1.01008
Pcc: 0.751 Pcm: 0.0234 Pcv: 1.0

Factor de corrección: 0.77164

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IP: 100.0

Sobre consumos prohibidos (resolución 090260 Noviembre 27/2024 Reforma de IVA. Autoretenedores. Resolución No. 4930 del 17 Jul 1989 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764001587857 del 31/03/2025. Facturación electrónica desde Nº 50000001 hasta 100000000. Tiempo máximo de 24 meses.

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios | NIT 830.122.566-1 | VENTI S.A. ESP NIT. 900.057.815-5. Régimen Fiscal Común y Tributo S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art 130 de la Ley 142 de 1994.

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

HC: 96	MICROCHIP: SI — Expiry-Date: 2030/09/02 — 900255003225038		FECHA: 25-01-26

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sabrina			COLOR: Carey	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA MESTIZO	EDAD 6M	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____MIXTO X OTRO_____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X _REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Omar Rodriguez Garcia	DIRECCION Cl BGB N° 94L70		TELEFONO 3782304262
CEDULA: 9535805	CORREO ELECTRÓNICO: Jvbaljosue1979@gmail.com.		
BARRIO O VEREDA Ciudad Bachue	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachillerato NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO_RURAL_		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: OCT/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: 178 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 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.)	0,2 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 Ingrid J. Tejeda C.	FIRMA	Ingrid J. Tejeda C.
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICO VETERINARIO U.A.N T.P 29840		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Monsa 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: 95358[illegible]

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 9.535.805

RODRIGUEZ GARCIA
APELLIDOS

OMAR
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-ENE-1979
VENTAQUEMADA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-MAY-1997 VENTAQUEMADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500116-45150818-M-0009535805-20060824 05387 06230A 02 192699511

LA VIDA FLUYE EN DOS FORMAS:

El Acueducto de Bogotá y el FIAV Bogotá
te invitan a que dejes fluir la
cultura por tus sentidos

www.fiavbogota.com

Presenta esta factura y desbloquea un
10% de descuento
para vivir la magia de las artes vivas
en las boleterías FIAV Calle 67 y Parque
.....
Cambiable a la factura
virtual de la EAAB

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

Cuenta contrato
10413283
Núm. de Identificación de este predio

Número para pagos
42795372319
Número de esta factura de servicios públicos

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

Tipo de producto: RESIDENCIAL Estrato: 2
Und. Res. Ocupadas: 3 Und. No Res. Ocupadas: 1 Densidad: 0.200
Und. Res. Desocupadas: 000 Und. No Res. Desocupadas: 000 Volumen: 0.13
Frecuencia Barrido: 03 Frecuencia Recolección: 05 %Participación: 0.000%

Componentes de tarifa

Costo Fijo Total CFT:	Costo variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
145.187,36	62.721,52	154.680,98

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Reciclaje del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000

Electivamente aprovechables: Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas
0.0656 0.0265

Histórico de Vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$237.076	$226.394	$234.030	61

La tarifa incluye subsidio o aporte.

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$218.266	Ajuste a la decena -debito-	$5
Aseo pequeño productor	$68.171		
Subsidio	$37.307-		
Aporte	$34.085		

Subsidio (-)	10%	Valor Aseo	$233.220
Aporte (+)	50%	Total liquidación del periodo	$233.220
Información - deuda total		Impuesto que Aseo traspasa a la Unidad de Servicios Públicos	

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Responsable frente a terceros del recaudo. Otros corresponsables: Aseo domiciliario

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: F2 RUTA: F22212

BIMESTRAL

10413283
Cuenta contrato
Núm. de Identificación de este predio

42795372319
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado OCT/19/2025 - DIC/17/2025

Pago oportuno ENE/26/2026 Suspensión ENE/29/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
MAR/17/2026	ENE/08/2026 07:06:12	ENE/08/2026 11:55:39

¡Hola!

Factura a nombre de
LILIA DE M TOLOSA

Dirección del predio
CL 86B 94L 10 IN 108

Barrio: CIUDAD Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA Tipo VELOCIDAD
Serie 10191329 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.

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 28m³

29 28 28 28

ABR-JUN	JUN-AGO	AGO-OCT	ÚLTIMO CONSUMO
$168.741	$161.209	$165.586	

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 28.000

Promedio al día 467

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	5008	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	4980	Base promedio	
Tu consumo este período	28	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca			
Serie	BERCOMTA	Tipo	VELOCIDAD
	10 9 829	Diámetro pulgadas	5/8

Para reducir tu consumo, recuerda:

Aprovechar el agua lluvia para regar las plantas.

Reutilizar el agua del enjuague de la lavadora para lavores de aseo.

Revisar que las tuberías de tu casa o negocio no tengan fugas o escapes.

Tu cobro en este período

A	+	B	+	C D E F	+	G	=	Total a pagar
Acueducto $83.450,00		Alcantarillado $82.074,54		Otros cobros $26.881-		Aseo $233.220		$371.864

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

Consulta el detalle atras

Escanea y paga virtual

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

Ingresos del período

...nos que la EAAB-ESP reparta a la CAR en el periodo actual

(Código Único de Documento Electrónico): cafdb371bb6ba9485ddd72cd9987b9ca17Boc0116e3E0c3f423c90b31e5e400e5129248318cc33ecee8a19eb7525c3

Detalle de tu consumo
Este bimestre

A Acueducto

	Cant.	×	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa x Cant.)
...jo fijo no residencial (mes)									
...sumo residencial básico (m³)	2,00		$9.796,62	-40		$7.837-	$5.877,37		$11.754,74
...sumo residencial superior básico (m³)	22,00		$3.734,17	-40		$32.861-	$2.240,50		$49.290,74
...o fijo no residencial (mes)	6,00		$3.734,17			$0	$3.734,17		$22.405,02
...sumo no residencial (m³)									
Total						$40.698-			$83.450,00

B Alcantarillado

Cant.	×	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa x Cant.)
2,00		$4.656,05	-40		$3.725	$2.793,63		$5.587,10
22,00		$3.983,73	-40		$35.057-	$2.390,24		$52.585,03
6,00		$3.983,73			$0	$3.983,73		$23.902,38
					$38.782-			$82.074,54

...responde 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.
...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)
...valores ya están incluidos	Tarifa consumo básico ($/m³)	$10,93	$34,34
...consumo residencial básico	Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
...rior a básico. (Ley 99 de 1993)	Total por consumo facturado	$4,16	$1,41

Otros conceptos

...cepto	Valor
...le a la decena	$5
...min. vital total	$26.886
...tal	26.881-

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	

...la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

...consulta de reclamos y solicitudes (desde nuestro proceso formal) (LEY de servicios públicos) La EAAB-ESP actúa como comisionista y agente exclusivo de Colpensiones. Solicitud a Colpensiones. Consulta de días. Decreto 4/ Villas Bogotá, Soluciones y Un

Aseo
...alor a pagar
233.220

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PUBLICO No.
Si paga con cheque, gire los 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)7737203400996(8020)427983723192(3900)000000233220

...o y Alcantarillado
...lor a pagar
38.644

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

(415)7737203400527(8020)427983723192(3900)000000038644

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

HC: 97	MICROCHIP: 900255003225611		FECHA: 25-07-26.

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Atena			COLOR: Pardo
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA MESTIZO	EDAD 6M	PESO: 2.1 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO____COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Valentina Peréz Cardenas	DIRECCION cl 66 N° 113-37	TELEFONO 3102487392
CEDULA: 1013097068	CORREO ELECTRÓNICO: valeP2130@3@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Villa Gladys	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachillerato	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena salud.

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	114	l/m	F. RESPIRATORIA:	24	r/m	TEMPERATURA:	39.2	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	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 Ingrid J. Yepes C.	FIRMA	Ingrid J. Yepes C.
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICO VETERINARIO U.A.N T.P. 29640		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alfonso 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.

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:
Valentina Perez	1013097068

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 REALIZAA 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 **1.013.097.068**

PEREZ CARDENAS

APELLIDOS

VALENTINA

NOMBRES

Valentina Perez

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-SEP-2003**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

29-SEP-2021 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01268168-F-1013097068-20211123 0076704971G 1 8503023778

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: 32158

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 37

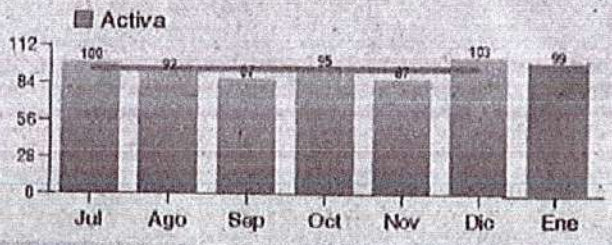
CLIENTE

EDIFISA EDIFICADORA SA
CL 66 NO 113 31 AP 120
CONJUNTO RESIDENCIAL ENGATIV
BOGOTA, D.C. - VILLA GLADYS

05 507 7194 / 117880

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $785,09

CONSUMO DIARIO: 3,19 kWh

VALOR DIARIO: $1.548

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

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 99 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!

Vete de vacacione
sin preocupacione

Evita que tu consumo de energ
sea promediado reportando la
de tu medidor en la App Enel C
o en nuestro sitio web enel.cor

Así te aseguras de pagar solo
por la energía que consumiste



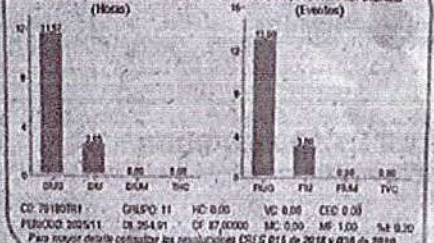
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005055077194
RUTA LECTURA:	35055131203
MANZANA DE LECTURA:	MSSF563766
MEDIDOR NO:	117880
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



CO: 7910781 | GRUPO: 11 | HC: 0,00 | VC: 0,00 | CEC: 0,00
PERIODO: 2025/11 | DI: 254,91 | CF: 87,00000 | MC: 0,00 | MF: 1,00 | %I: 0,00

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

CONTÁCTANOS

Peticiones y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicacion.html

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

338 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)

Enel Colombia | @EnelClientesCO

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Client

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

EMERGENCIAS

115 Gratuito las 24 horas

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

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

Billetera Virtual

Daviplata | Nequi | tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED | Efecty | Reval | MOVIRED

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Éxito | Alkosto

Código QR

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2025
G: $287,85 T: $54,14 D: $209,66 CV: $75,89 PR: $59,75 R: $16,70 CF: $0,00 / $785,09 Costo kWh Mes

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficio

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: 01 CIRCUITO: FR23-7910781 - - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ési. 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 estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

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

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

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

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjanse 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 GE 07/01/202
FECHA EX 07/01/202

CUDE: eaa1b6b0d88d1adeadc5852b75f70912bbd37ae53b2acfb2195b97b69d71da4809a8feeda7404200419

1 Total Energía $48.240 + 2 Portafolio Enel X $703.280 = Total a Pagar $751.520

PAGO OPORTUNO 19 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN 21 ENE/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 3215891-4

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	24.243		24.144		99		1		99	99		$785,09		$77.724
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$289,66		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $785,0883		X		Beneficio -38,24 %					$29.723

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.548 DIARIOS

SUBTOTAL: $48.001

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-2
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$408
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-167
SUBTOTAL:	$239

Contamos con Otros cobros asociados a energía

1 TOTAL ENERGÍA: $48.240

Otros cobros de productos y servicios

Tarjeta Credito Amarilla $703.280

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: $703.280

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

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

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

Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

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

Al momento de hacer tu reporte:

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

Al final recibirás un caso para hacer seguimiento.



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

NÚMERO DE CLIENTE 3215891-4

Documento Equivalente Electrónico No. 379826852-8

(415)7707209914253(8020)013215891437898268528(3900)00000000751520

PAGO OPORTUNO 19 ENE /2026

TOTAL A PAGAR $751.520

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

Expiry-Date: 2030/09/02
900255003225604

HC: 98	MICROCHIP: SI	FECHA: 25-07-26.

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna Donado			COLOR: Beige - café
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Siames	EDAD 2A	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____ MIXTO X OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO ____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yuisa Palacio correa	DIRECCION Cl 96 N° 92-03	TELEFONO 3054850466
CEDULA: 1143402987	CORREO ELECTRÓNICO: palacioisa@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Luis Carlos Galan / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: tecnologo / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 128 l/m	F. RESPIRATORIA: 31 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	1,2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 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 Ingrid A Yepes C.	FIRMA Ingrid A Yepes C
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICO VETERINARIO U.A.N T.P 29240	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Forero	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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:
Yuris Pardo	44340 2487

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 **1.143.402.987**

PALACIO CORREA

APELLIDOS

YULISA

NOMBRES

Yulisa Palacio C

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-JUL-1997**

MAGANGUE
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-SEP-2015 CARTAGENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0500150-00771406-F-1143402987-20151204 0047593203A 1 44672231

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **6070992-1**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379618566-0

96655

FACTURAR A:

JOSE ORLANDO LOPEZ
CL 96 NO 92 03 PI 2
PISO 2
BOGOTA, D.C. - LUA.S CARLOS GALA.N

04 710 1260 / 280355

¿Quieres tu factura Virtual? Escanea el código

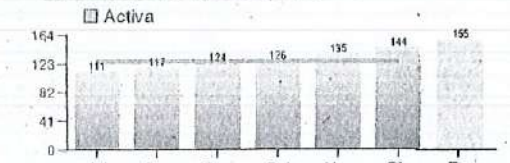
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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.



HISTÓRICO DE CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $785,09

CONSUMO DIARIO: 5,00 kWh

VALOR DIARIO: $3.925

PERÍODO FACTURADO: 03 DIC/2025 A 02 ENE/2026
DÍAS FACTURADOS: 31
CONSUMO MES 155 kWh
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 126 kWh

Con tu PIN podrás acceder a LA LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO ingresa tu sitio web de preferencia, descarga la app Enel y toma el control de tu consumo en www.enel.com.co

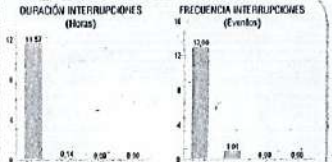
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007047101260
RUTA LECTURA:	37047030418
MANZANA DE LECTURA:	MS00566168
MEDIDOR NO:	280355
SUBCLASE:	Áreas comunes

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



CO 1532781 GRUPO 11 IC 0.00 VC 0.00 CEC 0.00
PERIODO 202511 DI 29.491 CF 135.0000 UC 0.00 MF 1.00 %I 0.00

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

CONTÁCTANOS

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

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecti, Reval, MOVIRED, Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: Enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

Si incurre en un incremento bancario, pase al corresponsal del dañero. El pago del correspresal no es un pagano válido en caso de vencido.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2025
G: $267,65 T: $54,14 D: $269,66 CV: $75,60 PR: $59,75 R: $18,70 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 02:21:19
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 16:58:12

GRUPO: 11 CIRCUITO: TB18-1532781 - - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.64 por mil. Sorteo 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 0051 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 prestá 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 modifico el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

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

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

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=		PAGO OPORTUNO
$122.230		$0		$122.230	16 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN ⓘ 20 ENE/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 6070992-1

02 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CALCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de Lectura	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Tarifa Energía	X	Valor Unitario	=	Valor a Pagar
ENERGIA ACTIVA FP	16.077		15.922		155		1		155	155		$785,09		$121.689
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$289,66		$0

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $3.925 DIARIOS

SUBTOTAL: $121.689

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$2
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$539
SUBTOTAL:	$541

Conceptos Otros cobros asociados a energía

1 TOTAL ENERGÍA: $122.230

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

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

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
6070992-1

Documento Equivalente Electrónico No.
379618666-0

(415)7707209914253(8020)016070992137961866660(3900)0000000122230

PAGO OPORTUNO
16 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$122.230

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

HC: 99	MICROCHIP: SI Expiry-Date:2030/09/02 900255003225374		FECHA: 25/01/26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna Huertas			COLOR: Naranja - Negro
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 8m	PESO: 3.9 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO____COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Edgar Enrique Huertas	DIRECCION Cll 89 94L 44 Bachue	TELEFONO 3232280688
CEDULA: 79.867.585	CORREO ELECTRÓNICO: esganer748@gmail.com	
BARRO O VEREDA Bachue 1 / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buen Estado.

ULT. CELO: N/R	ULT. DESPARASITACIÓN: 1 mes	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
132 l/m	30 r/m	38,4 ºc	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	1,3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO	Dra Ingrid A Yepes C. MÉDICO VETERINARIO U.A.N	FIRMA	Ingrid A Yepes C
TARJETA PROFESIONAL	TP 29240		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A.	FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL	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:
Edgar E. Hualas	79867580

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.867.585

HUERTAS HURTADO

APELLIDOS

EDGAR ENRIQUE

NOMBRES

EDGAR ENRIQUE HUERTAS

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-DIC-1974

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

08-FEB-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00094701-M-0079867585-20081013 0004317227A 1 1160017019

Gas

Gelsa

Grupo Empresarial en Línea S.A.

Lotería de Cundinamarca

20 Ene

GELSA $57.000

Grupo Empresarial en Línea
Nit 830.111.257-3
Avenida calle 26 # 69d-91 piso 7
Telefono (571) 3788888 Bogota D.C

RECAUDO CONVENIO - 211 VANTI SA
GAS NATURAL E S P
VALOR DEL RECAUDO $ 57.040

echa del recaudo 20/01/2026 - 16:24:15
ódigo del PDV: 455
ombre del PDV: TAT 275508 MORA
NCEDO NIDIA PAOLA
digo del Asesor: 215508
rminal: 8626340475360001

mero de autorización: 008956647
e transacción: 200261201716

NTA CONTRATO: 60656120

Juega legal compra
OTERIA DE BOGOTÁ

Botón PSE

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

vanti

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

¡Ahórrate el incremento de tarifa del 2026!

Vanti. Campaña válida entre el 15/12/2025 y 18/01/2026. Promoción válida únicamente para usuarios en cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC. Ver T y C en www.grupovanti.com/RPO

» Pagos electrónicos en otros entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automática.

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

Escanea para pagar tu factura

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.095.812-8 7048/27082025 VANTI

¡Hola!

JORGE ARTURO HUERTAS
CL 89 94L 44 107 106 - BACHUE I
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5157198-65430

Lote: P06GN **Ruta:** 0011460010053405000 **Código del Sector:** 345

Cuenta o referencia de pago 60656120

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

TU COMPRA EMPIEZA ESCANEANDO EL QR!



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

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

...de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP, ...que identifica el servicio de financiación no bancario ofrecido por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de la política de financiación consultala en grupovanti.com/vantilisto.

Remitente: VANTI
JORGE ARTURO HUERTAS
CL 89 94L 44 107 106
BOGOTA
Cuenta: 60656120
25602

01150612290256O2

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.

346 0011460010053405000 25602 P06GN C1

Factura de gas

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago: 60656120 — 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** 27 Ene. 2026
2. **Fecha de suspensión** 28 Ene. 2026
3. **Periodo facturado** Dic. - Ene. 2025
4. **Emisión de tu factura** 14 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	7M3	2.543,69	0,00	17.805,83
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	2.899,74	0,00	57.994,80
MENOS SUBSIDIO (32%)	1UN	-18.761,32	0,00	-18.761,32
AJUSTE DECENA	1UN	0,69	0,00	0,69

1 Total $57.040,00

Tus financiaciones

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

2 Total $0,00

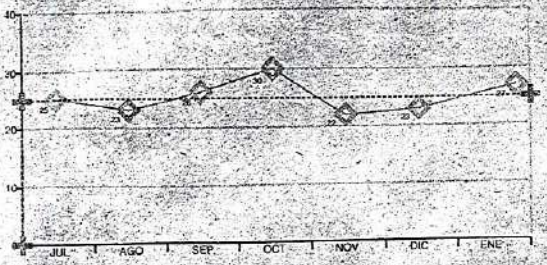
3 Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1+2+3 $57.040,0

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Dos Días de consumo 35

Fecha	Lectura	Tipo
06 Dic. 2025	2020	REAL
09 Ene. 2026	2055	REAL

m³ corregido= 2055 - 2020 * Factor de corrección = 27

Tu próxima lectura será Entre 04 y el 09 de Febrero

Novedades de tu factura

CuVa $ 2543.69

Estimado cliente recuerde que tiene entre Sep/2025 y el 28/02/2026 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/03/2026 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

28 Feb. 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 $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
P: 64.32 Cvm: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Com: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 319 kWh y el precio unitario del kWh es: $178.807

Factor de corrección

Vm: 35 Kp: 0.76667 Kt: 1.00648 Pt: 0.77164
Vc: 27 Tm: 13.7 Te: 15.56 Pc: 1.01008
Pa: 0.751 Pm: 0.0234 P.pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77164

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)60656120(3900)00000000057040

25602

C1

Factura No. F15B74182507

Carvajal tecnología y servicios S.A.S. BIC Nit 830.231.151-0

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

HC: 100	MICROCHIP: SI 900255003225089		FECHA: 25-01-26

ORIGEN: CES X PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dorotea		COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo EDAD 1a	PESO: 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: Mario Alberto Beltran Martinez	DIRECCION Dg 74B 88-37	TELEFONO 3124323844
CEDULA: 1.015.432.424	CORREO ELECTRÓNICO: beltranpublicidad2013@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Florencia ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buen estado Salud

ULT. CELO: 01-26	ULT. DESPARASITACIÓN: 12-25	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: 12-25 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	112	l/m	F. RESPIRATORIA: 30	r/m	TEMPERATURA: 38,7	°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	1,2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 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 ACEPTACIÓN X RECHAZO_ para la realización del procedimiento sin otro tipo de quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO	Dra Ingrid A Yepes C	FIRMA Ingrid A Yepes C
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICO VETERINARIO U.A.M T.P 29840	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Forero	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor: Mario B.	Nro de Identificación: 1015432424.

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.015.432.424
BELTRAN MARTINEZ

APELLIDOS
MARIO ALBERTO

NOMBRES

Mario B
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-JUN-1992
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

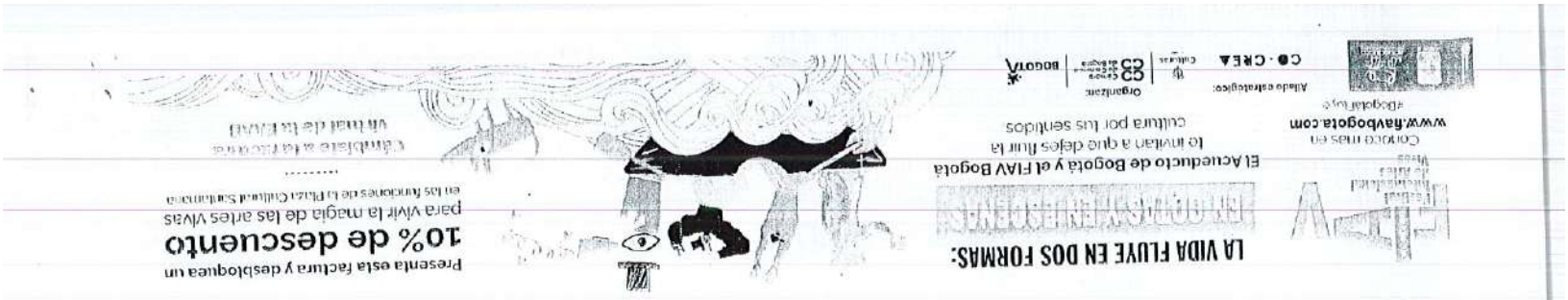
1.74 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

12-JUL-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00348630-M-1015432424-20111201 0028605894A 1 1201618371



Datos del usuario

Tipo de producto RESIDENCIAL | Estrato 3

Und. Res. Ocupada: 3 | Und. No Res. Ocupada: 0 | Densidad 0.000

Und. Res. Desocupada: 000 | Und. No Res. Desocupada: 000 | Volumen 0.00

Frecuencia Barrido: 03 | Frecuencia Recolección: 03 | %Participación 0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT	Costo variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
108.890,52	52.613,40	154.680,98

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$220.400		
Subsidio	$33.060-		

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$187.340
Aporte (+)	00%	Total Ingresos del periodo	$187.340
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	0.0398	

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$190.692	$181.957	$187.969	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
10293477

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
17836006613

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
Responsabilidad y Régimen del emisor: Gran contribuyente; Agente Retenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: E2 RUTA: E22195

BIMESTRAL

10293477
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17836006613
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
TITO ESPITIA

Dirección del predio
DG 74B 88 37

Barrio: FLORENCIA Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 2
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca WATERTECH ITALIA Tipo VELO015T2
Serie 09-9144759 Diámetro pulgadas ½

Periodo facturado OCT/17/2025 - DIC/15/2025

Pago oportuno ENE/22/2026 Suspensión ENE/27/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
MAR/14/2026	ENE/07/2026 06:30:10	ENE/07/2026 13:41:53

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

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

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 22 m³

20	20	25	24
ABR-JUN $151.689	JUN-AGO $151.669	AGO-OCT $188.237	ÚLTIMO CONSUMO

En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período 24.000

Promedio al día 400

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	2469	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	2445	Base promedio	
Tu consumo este periodo	24	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	WATERTECH ITALIA	Tipo	
Serie	09-9144759	Diámetro pulgadas	VELO015T2 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
$92.895,08		$89.275,82		$2-		$187.340
A		B		C D E F		G

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

Consulta el detalle atrás

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período

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

= **Total a pagar** $369.510

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 190c234499d1e6062d5da49b4dc912a9cbf773fe26ba96a3f5f6977978bb51408361067 9a9fa6ef2e6d6eb25415ff48d

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	-15	$2.939-	$8.326,28	$16.652,24
Consumo residencial básico (m³)	24,00	$3.737,41	-15	$13.455-	$3.176,80	$76.242,84
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$16.394-		$92.895,08

B Alcantarillado

	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.656,05	-15	$1.397-	$3.957,64	$7.915,10
Consumo residencial básico (m³)	24,00	$3.988,28	-15	$14.358-	$3.390,04	$81.360,72
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$15.755-		$89.275,82

* 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)	$26,82	$91,15
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$644	$2.188

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$2-
Subtotal	2-

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

Red CADE Consulta de oficinas y puntos de atención en www.bogota.gov.co/servicios/cades

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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
$187.340

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si paga con cheque, gire dos cheques únicamente de gerencia a nombre de la EAAB-ESP NIT 899.099.094-1 y endosar cada uno con el número de cuenta contrato, indicando cuál corresponda al valor de acueducto y cuál al valor de aseo.

(415)7707200489996(8020)178360006613739010000000187310

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$182.170

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)7707200485223(8020)178360006613739010000000187310

17087

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-1000100-10 EAB-ESP

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

HC: 101	MICROCHIP: SI 900255003225256		FECHA: 25-01-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zoe			COLOR: Negro Calico Naranja
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 1A	PESO: 3,7 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO X MIXTO OTRO____

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO X PERRO DE CUADRA____OTRO_____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angelo de Jesus Restrepo Madrid	DIRECCION: CL 89 95B 08	TELEFONO: 3123471881
CEDULA: 1000 454433	CORREO ELECTRÓNICO: restreporadridangelo@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Ciudad Bache / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buen estado Salud

ULT. CELO: 12-2025	ULT. DESPARASITACIÓN: 12-2025	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI____ NO X / SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. / CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	120	l/m	F. RESPIRATORIA:	32	r/m	TEMPERATURA:	38,4	°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	1,3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,15 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO	Dra Ingrid Ayerbe C.	FIRMA: Ingrid Ayerbe C
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICO VETERINARIO U.A.N T.P. 29440	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Ferro	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41440	

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: Cindy Madrid	Nro de Identificación: 1000 454 433

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL ☐

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE ☐

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR ☐ DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.454.433
RESTREPO MADRID
APELLIDOS

ANGELO DE JESUS
NOMBRES

Angelo Madrid
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-JUN-2001
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

22-JUL-2019 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

ÍNDICE DERECHO

P-5200100-01094732-M-1000454433-20190823 0067493271A 1 53364204

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0629645-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379620564-9

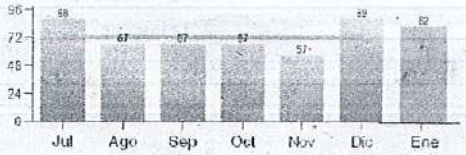
CLIENTE

JANETH BUITRAGO RUIZ
CL 89 NO 95 B 08 BQ 1 AP 4000
INT 104
BOGOTA, D.C. - CIUDAD BACHUE I ETAPA

04 701 0206 / 1042100

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $785,09

CONSUMO DIARIO: 2,65 kWh

VALOR DIARIO: $1.283

CONSUMO PROMEDIO DE TODOS LOS MESES: 73 kWh

PERÍODO FACTURADO: 03 DIC/2025 A 02 ENE/2026 | **DÍAS FACTURADOS:** 31 | **CONSUMO MES** 82 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.**

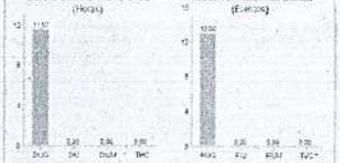
Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007047010206
RUTA LECTURA:	37047190110
MANZANA DE LECTURA:	MS00563151
MEDIDOR NO:	1042100
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/solicitudes
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140055 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

USO SEGURO DE ENERGÍA

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 Bancos, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Otácil, El Reval, MOVIRED, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel Oficinas Civic, Directo y Recaudos

Almacenes de Cadena: Olímpica, Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del pago. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2025
G: $237,05 T: $54,14 D: $289,63 CV: $75,80 PR: $59,75 R: $18,70 CFI: $0,00 / $785,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL13-1172TR1- - NIVEL DE TENSION: I PROPIEDAD: Empresa

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).

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0517 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1995.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9091 de 10 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura da cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 156 11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjase a los canales de atención definidos por 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: 06/01/2026 01:44:03
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 16:30:12

CUDE: 3cc52da6a7a0cd4ee0ef16f1cd433127564166516e8abbe6d2544a1115220c6ced7971d09727a9bdd06e131a0f7e1a4047

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S. NIT: 800.024.932-6
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 830.101.155-0

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
102	900255003225655	25-01-26

ORIGEN : CES X PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mogolla			COLOR: Gris - Blanco	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 1A	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: Lina Alejandra Aponte Rodriguez	DIRECCION CL 77B 116C 75	TELEFONO 3138397673
CEDULA: 1.014.249.497	CORREO ELECTRÓNICO: alejaapr1224@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA Villas de Granada / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: profesional	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buen estado Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
01-2026	10-2025	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: 10-2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI____NO X / SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA (I.) II. III. IV. V. VI. E. / CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
130 l/m	32 r/m	38,4 °c	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 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 Ingrid A Reyes C. MÉDICO VETERINARIO U.A.N T.P 29240	FIRMA	Ingrid A Reyes C
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Parra 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:
Lina Arbute	1014249997

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 1.014.249.997
APONTE RODRIGUEZ

APELLIDOS
LINA ALEJANDRA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-DIC-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00437324-F-1014249997-20130530 0033185687A 1 1272368607

SOLICITA TU **FACTURA EN LÍNEA** Y PÁGALA A TRAVÉS DE: pse



Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibirla por correo desde el próximo mes.

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 · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco Agrario · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra redes sociales como @grupovanti y conoce nuestras iniciativas.

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

*Si cancelas con cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía se traduce en un ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas

Fijo - Móvil: **164** ó **01 8000 919 052** **01 8000 181 164**

Atención presencial
Ingresa a **www.grupovanti.com** y conoce los pasos para agendar tu cita.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7048P27002025 VANTI

presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

¡Hola!

FLORESMIRO APONTE
CL 77B 116C 75 I06 00504 - VILLAS DE GRANADA I
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007109-475216

Lote: P03GN Ruta: 0011670480280006900 Código del Sector: 361

Cuenta o referencia de pago **62105191**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 5.300.000**

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, Gasoriente S.A. ESP. Vanti, marca mixta que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones de la política de financiación consultalo 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.

361 0011670480280006900 P03GN

Factura de gas

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago 62105191

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	09 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	5M3	2.543,69	0,00	12.718,45
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,55	0,00	1,55
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protecc	0	26.000,00	0,00	26.000,00

1 — Total $42.900,00

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

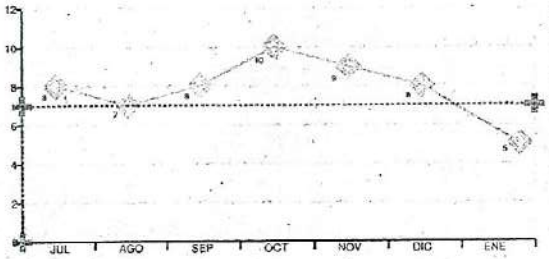
Total a pagar 1 + 2 + 3

$42.900,0

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
04 Dic. 2025	3656	REAL
06 Ene. 2026	3663	REAL

m³ corregido= 3663 - 3656 * Factor de corrección = 5

Tu próxima lectura será Entre 01 y el 06 de Febrero

Novedades de tu factura

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $71.000

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Jun. 2029

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2544.

Oct. $2748 Nov. $2742 Dic. $2571

Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Gm: 1335.32	Trm: 549.31	Dm: 594.74	Cm: 2543.69
.p: 64.32	Cvm: 0.0	Cufm: 4180.0	Cuvm: 2543.69
Ccm: 0.0	Fpcm: 42.475	DAUR: 0.0	DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 59 kWh y el precio unitario del kWh es: $286.414

Factor de corrección

Vm: 7	Kp: 0.76628	Kt: 1.00645	Pb: 0.77122
Vc: 5	Tm: 13.71	Te: 15.56	Pe: 1.01008
Pa: 0.751	Pm: 0.023	F 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)62105191(3900)00000000042900

Resolución DIAN No. 18764012345678 de 2024 Autoriza la numeración de factura electrónica desde el No. 50000001 hasta el 50000850 con vigencia de 24 meses
31/03/2025. Facturador electrónico desde el No. 280
Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S. BIC
NIT 830.321.151-0

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

HC	MICROCHIP: SI	FECHA:
103	Expiry-Date: 2030/09/02 900255003225657	25-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Bely		Blanco / Negro

ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA	EDAD	PESO	MANEJO ESPECIAL:
		MESTIZO	7 M	2.7 KG	SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO 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
Eileen Karina Espitia Castiblanco	CL 69 BIS N° 111A 47	3232479298

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
53.053.579	eileenkarinaespitia84@gmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
Bolivia	2	

ESCOLARIDAD: NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_
Bachillerato	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
N/R	Agosto/25	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E. CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
124 l/m	32 r/m	38.4 °c	2 seg	NG

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1. ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 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 anteriormente prequirúrgico.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO	Dra Ingrid A Perez C. MÉDICO VETERINARIO U.A.N	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	TP 29740	Ingrid A Perez C
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A.	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	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 puedan evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización** de exámenes **pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa)**. Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	5305379 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:


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 53.053.579

Apellidos
ESPITIA CASTIBLANCO

Nombres
EILEEN KARINA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.55

Sexo
F

Fecha de nacimiento
29 OCT 1984

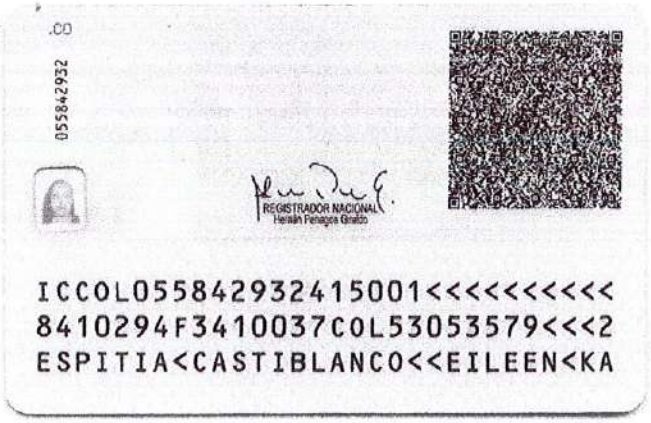
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
13 NOV 2002, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
03 OCT 2034


.CO

0558429 32

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0558429324150 01<<<<<<<<<<
8410294F3410037COL53053579<<<2
ESPITIA<CASTIBLANCO<<EILEEN<KA

87066

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: **1749003-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 379578424-5

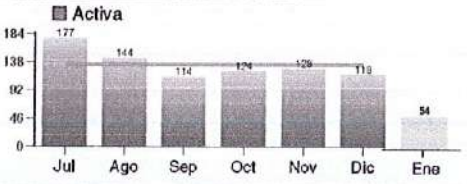
87066

CLIENTE

MARIA MELVA PRIETO MARTINEZ
CL 69 BIS NO 111 A 47
BOGOTA, D.C. - BOLIVIA

04 507 2957 / 25471247

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $785,09

CONSUMO DIARIO: 1,74 kWh

VALOR DIARIO: $845

PERIODO FACTURADO: 03 DIC/2025 A 02 ENE/2026

DIAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 54 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 134 kWh

Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y su CONSUMO presenta una variación. Encuentra las posibles causas y tips de consumo 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.**

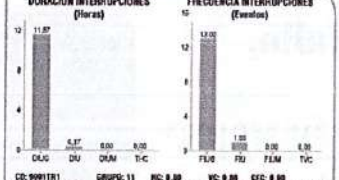
Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005045072957
RUTA LECTURA:	35045150794
MANZANA DE LECTURA:	MS20610155
MEDIDOR NO:	25471247
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 9901TR1 GRUPO: 11 IIC: 0,00 IVC: 0,00 CEC: 0,00
FECHA: 2025/11 DI: 264,01 CF: 129,00000 IMC: 0,00 IMF: 1,00 %: 0,29
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

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 8003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140056 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, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datáfono. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

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: $289,66 CV: $75,80 PR: $59,75 R: $18,70 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).

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL35-0001TR1 - - NIVEL DE TENSION: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por enl. 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.

FECHA GENERACIÓN: 06/01/2026 01:56:17
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 17:12:05

CUDE: b409d5f749f56c6dcbaee3d04a060a3dcda8f252d0402446fdf212d90411b54a3331774460d71630bc1600e1a5454496ea

Factura impresa por Calvaljal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.612-8.

Proveedor Tecnológico: Calvaljal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del Svc: CENFinanciero - NIT 860.321.151-0

4.529 - Página 1 de 2

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$26.560		$0		$26.560	16 ENE /2026	20 ENE/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 1749003-0

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 02 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CALCULO CONSUMO DE ENERGIA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	51.079		51.025		54		1		54	54		$785,09		$42.385
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$269,66		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh				Valor kWh $785,0883		X		Beneficio -38,24 %					-$16.213
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $845 DIARIOS													SUBTOTAL:	$26.182

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-4
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$605
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-223
SUBTOTAL:	$378

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA: $26.560

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 -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
1749003-0

Documento Equivalente Electrónico No.
379578424-5

(415)7707209914253(8020)011749003037957842 45(3900)00000000026560

PAGO OPORTUNO
16 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$26.560

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

HC: 104 | MICROCHIP: SI | Expiry-Date: 2030/09/02 900255003225609 | FECHA: 25 01 26

ORIGEN: CES | PROTECCION | CALLE | ASENTAMIENTO | HABITANTE DE CALLE | COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milk | COLOR: Blanco / pardo

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA MESTIZO | EDAD 7 4M | 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 X___COMPRADO____ADOPTADO ____REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Marilin Garnica Moreno | DIRECCION: CL 86 94Q 16 | TELEFONO: 3019237537

CEDULA: 1136880890 | CORREO ELECTRÓNICO: gsandramarilin@yahoo.com.

BARRIO O VEREDA: Bache I | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Bachillerato | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_

3. ANAMNESIS

Buena salud.

ULT. CELO: Enero/26 | ULT. DESPARASITACIÓN: Nov/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: 120 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38.7 °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.)	0,3 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 Ingrid A Veres C	FIRMA	Ingrid A Veres C
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICO VETERINARIO U.A.N. T.P. 29740		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Ferrero	FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41141		

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: 1136880840

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 1.136.880.890

GARNICA MORENO

APELLIDOS

SANDRA MARILIN

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-NOV-1988
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

23-ENE-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00767435-F-1136880890-20151126 0047531009A 2 1363076157

Z. 8 MIK

FACTURA EN LÍNEA
Y PAGALA A TRAVÉS DE



Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibirla por correo desde el próximo mes.



vanti

Agenda y certifica tu Revisión Periódica Obligatoria de gas antes del 28 de enero con prado de 2025

¡Abórrate el incremento de tarifa del 2026!

Publicidad a cargo de las empresas que conforman el Grupo Vanti. Consulte vigencia entre el 18/12/2025 y 15/01/2026. 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 uno o varios clientes contrato en una sola transacción.

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Rodeben · Santander · BBVA · Bancolombia · Banco Popular · Banco Pichincha · Nequi · Daviplata · dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestro redes sociales como @grupovanti y conoce nuestros iniciativas.

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

*Si cancelas con cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía se traduce en un ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo - Móvil: 164 ó 01 8000 919 052 / 01 8000 183 164

Atención presencial
Ingresa a www.grupovanti.com y conoce los pasos para agendar tu cita.

CAPYMAS, SOLUCIONES DE FORMALIZACIÓN S.A.S. NIT. 900.906.612-5 20251208205 VANTI

Se recomienda abonarla por fuera de pago y con dinero en efectivo en caso de que se impida el recaudo de manera virtual y/o a través de terceros. Como consumidor puedes presentar un reclamo si reporta más la empresa y quejarte ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los 15 días hábiles siguientes al cobro indebido del aseo de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de reclamo en la Ley 142 de 1994 y puede hacerlo dentro de la fecha establecida para el pago oportuno

¡Hola!

ELVIRA LARA
CL 86 94Q 16 112 00103 - BACHUE I
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077188-393806

Lote: P06GN Ruta: 0011460010004605000 Código del Sector: 345

Cuenta o referencia de pago 61076974

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti

¡TU COMPRA EMPIEZA escaneando el QR!



¡Compra ya!
Fácil, rápido y listo financiando con Vanti Lista.

Paga hasta en 60 cuotas a través de tu factura de gas natural.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m

Línea gratuita 01 8000 942 784
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 318 426 4184

Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

Recuerda que puedas elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

Por favor doblar y rasgar para abrir la factura

345

0011460010004605000

P06GN

Enero 2026

Cuenta / Referencia de pago 61076974

vontiv

Fecha límite de pago
27 Ene. 2026

Fecha suspensión
28 Ene. 2026

Periodo facturado
Dic. - Ene. 2025

Emisión de la factura
14 Ene. 2026

Detalle de la factura

Concepto	Unidad	Valor unitario ($)	(%)	Valor ($)
CONS. SIN SUBSIDIO	22M3	2.543,69	0,00	55.961,18
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	2.899,74	0,00	57.994,80
MENOS SUBSIDIO (32%)	1UN	-18.761,32	0,00	-18.761,32
AJUSTE DECENA	1UN	-4,66	0,00	-4,66

3 – Total $95.190,00

Otros conceptos

Concepto facturado	Unidad	Tarifa	Subsidio	Valor

4 – Total $0,00

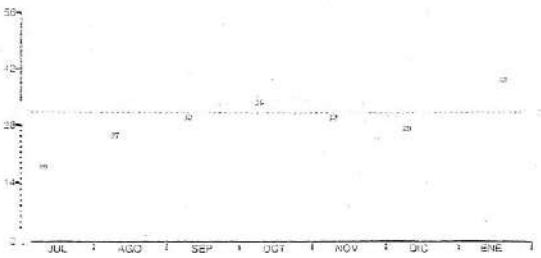
5 – Total valores facturados $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 + 4 $95.190,0

Pague por

Escanee el código QR

Tus consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato, Cat. Dos Días de consumo 35

Fecha	Lectura	Tipo
06 Dic. 2025	1487	REAL
09 Ene. 2026	1542	REAL

Mi consumo= 1542 - 1487 * Factor de corrección = 42

Tu próxima lectura será: Entre 04 y el 09 de Febrero

Novedades de tu factura

Cuota $ 2546,89

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrará intereses de mora / Sin suspensión del servicio. Valor de la reconexión $72.000

(415)7709998026025(8020)61076974(3900)00000000095190

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria
31 May. 2027
La revisión de la instalación interna de su inmueble debe realizarla un vigilado SUI, de acuerdo con las Resoluciones 059 de 2012 y 41065 de 2017.

Agenda tu cita aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2544.

Oct. $2748 Nov. $2742 Dic. $2571

Tarifa aplicada según Decreto de Tarifación de Febrero y Dic. 2025.

Componentes tarifarios

Gm: 1035.92	Tm: 549.31	Dm: 594.74	Cm: 0.0
Pb: 64.32	Dvm: 0.0	Cuom: 0.0	Dvm: 0.0
Dep: 0.0	Pcom: 42.475	DAUR: 0.0	DAUNR: 0.0

Mi consumo en mi día gas anterior: 496

Valor del precio unitario del kWh es: $191.925

Factor de corrección

Vm: 55	Kb: 0.76667	Kc: 1.00648	Fb: 0.77164		
Vc: 42	Pm: 13.7	Pb: 15.56	Pc: 1.01008		
Pcv: 0.751	Pmr: 0.0234	Pr pv: 1.0			

Factor de corrección: 0.77164

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 OEG: 0.0 ID: 100.0 Pc: 100.0

25178

C1

701457a3dbb7ac4b91c0ca4ad80cdc0d72d5c8d84ad4d29f57d317b7f79611736577733c2073a73d7a0a9a9 Factura No. F1587/4154544