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

HC	105	900255003225642	NO	FECHA: 25-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chimuelo			COLOR: negro	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA Bombay	EDAD 9m	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__X__ COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jonatan Rubiano Calderon	DIRECCION CL 69 BIS No 111 A 47	TELEFONO 3106860895
CEDULA: 1.014.224.016	CORREO ELECTRÓNICO: JonatanrubianoCalderon30@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Bolivia	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Tecnologo N.S/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL_	

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud.

ULT. CELO: N.A	ULT. DESPARASITACIÓN: 10-2025.	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: 07 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: 120 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 37.4 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO	MÉDICO VETERINARIO U.A.N	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	TP 29940	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso 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.

Asi 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: 1014224076

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 1.014.224.016
RUBIANO CALDERON
APELLIDOS
JONATAN
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-JUL-1991
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
03-AGO-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

P-1500150-00174043-M-1014224016-20090829 0015548334A 1 29167762

87066

enel Bogotá

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

earth pact PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1749003-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 379578424-5

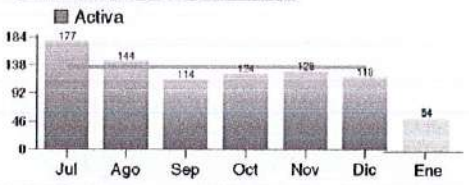
87066

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

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

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 54 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 134 kWh

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

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.



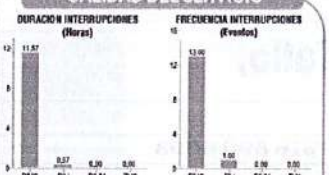
INFORMACION DE LA CUENTA

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

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



CR: 90011781 GRUPO: 11 MC: 0,00 YC: 0,00 CEE: 0,00
PERIODO: 2025/11 DI: 204,51 CF: 128,80056 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,70

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

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 paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Reval, Todo1, Servientrega, MOVIRED, partícipred, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel Universidad Chía, Girardot y Facatativá

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

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

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

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



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

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL38-0001TR1-- NIVEL DE TENSION: 1 PROPIEDAD: Empresa

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

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

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG166/11 consultar www.enel.com.co

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 06/01/2026 01:56:17
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 17:12:05

CUDE: b409d5f7491f66e66db3aee3d04a060a3dcda8f25d0402441d1212d90411b54a3331774486d71630ac1600e1a5454496ea

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

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

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		$42.395
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$269,66		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh X				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, esta 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/h/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	106	900255003225101	NO	FECHA: 25-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Simon			COLOR: Amarillo blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO_Y SEXO: HEMBRA___MACHO Y	RAZA mestizo	EDAD 9m	PESO: 3.6 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO Y	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO_X__		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_X_CONCENTRADO____MIXTO OTRO_____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO__X___COMPRADO____ADOPTADO ____REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yeraldin Gonzalez Amaya	DIRECCION CL 90A No 95-67		TELEFONO 3104701076
CEDULA: 1.006.128.029	CORREO ELECTRÓNICO: Yeraldingos@gmail.com		
BARRIO O VEREDA Ciudad Bache	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N.A	10-2025	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: 05 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: 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	0,2 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 praquirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO	Dra Ingrid J Tejes C.	FIRMA	Ingrid J Tejes C
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICO VETERINARIO U.A.N		
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:
Yeraldin Gonzalez	1006128029

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 CUERPO 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 **1.006.128.029**

GONZALEZ AMAYA

APELLIDOS

YERALDIN

NOMBRES

Yeraldin Gonzalez

FIRMA





INDICE DERECHO

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

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

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

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01250232-F-1006128029-20210818 **00753**20492A 1 8502354643

96180

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: **0631245-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379608277-1

96180

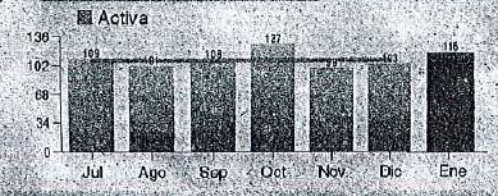
CLIENTE

INSCREDIAL .
CL 90 A NO 95 67 BL 1 AP 8000
INT 108
BOGOTA, D.C. - CIUDAD BACHUE

04 710 0609 / 4285420

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $785,09

CONSUMO DIARIO: 3,74 kWh

VALOR DIARIO: $1.814

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

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES: 116 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 108 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.

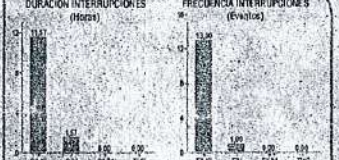
Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	4,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007047100609
RUTA LECTURA:	37047020561
MANZANA DE LECTURA:	MS00563037
MEDIDOR NO:	4285420
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 11.2537 | DEUPO: 11 | HC: 8.00 | VC: 6.00 | CDC: 6.00
PER OCC: 2025/11 | DE: 264.91 | DF: 61.20000 | MC: 0.00 | MF: 1.00 | Sd: 0.20

Para mayor detalle se sustenta las resoluciones CREG 096 de 2014 y 030 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/tramitesonline
- Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
- 316 890 8003 (Envía 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	6...1 614 4055 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: Bancolombia, Daviplata, dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Efecty, Gana, Red Multired, Supergiros, MOVIRED, Punto Red, Su Red

Red Distrital

Centros de Servicio: RED CADE, enel

Almacenes de Cadena: Surtimax, Jumbo, Almacenes Éxito

Código QR

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

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2025
G: $287,05 T: $94,14 D: $259,65 CV: $75,00 PR: $59,75 R: $16,70 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: BL13-11262191 - NIVEL DE TENSIÓN: PRIMARIO - Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 1 IVA por mi. Somos autoretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1996.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994 y podrá hacer uso de 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 2024.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 154 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 Entidad.

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

CUDE: 9f235df2006850648b0b91fec3144358839a4e791ee723f04e3d705b55d27627da1a4505c27648a2a542ad6d12

FECHA GENERACIÓN: 06/01/2026 01:44:42
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 16:30:16

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

Proveedor Tecnológico: Cenpel Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 830221151-9

10.105 - Página 1 de 2

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

HC: 107 | 900255003225036 | NO | FECHA: 25-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Arturo Jose | COLOR: blanco-cafe.

ESPECIE: CANINO___ FELINO_X_ SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA mestizo | EDAD 6m | PESO: 3.3 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO____ MIXTO X OTRO _____

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO_____ COMPRADO_____ ADOPTADO X REGALADO_____ PERRO DE CUADRA_____ OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ybisay Gomez Fuentes | DIRECCION: CL 86A No 95F15 | TELEFONO: 3142220395

CEDULA: 52491.669 | CORREO ELECTRÓNICO: Ybitgom@hotmail.com

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

ESCOLARIDAD: Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_

NS/NR:

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: N.A | ULT. DESPARASITACIÓN: 11.2025. | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X

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

FELINOS: LEUCEMIA: RABIA:
TRIPLE FELINA:

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: 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	0,2 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	Dra Ingrid A Tapes C.	FIRMA: Ingrid A Tapes C
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICO VETERINARIO U.A.N TP 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:
Jose Gil Ruiz	52491669

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:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.491.669**
GOMEZ FUENTES

APELLIDOS
TIBISAY

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **16-MAR-1978**
SAN ANTONIO DE TACHIRA
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-ABR-1996 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2510000-00447503-F-0052491669-20130710 0033912014A 1 40415417

120293

enel Bogotá

earth pact PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0626966-4**

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

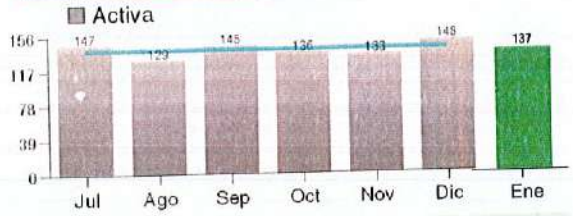
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 379821548-6

CLIENTE

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

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $785,09

CONSUMO DIARIO: 4,42 kWh

VALOR DIARIO: $2.211

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

DIÁS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 137 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 140 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.

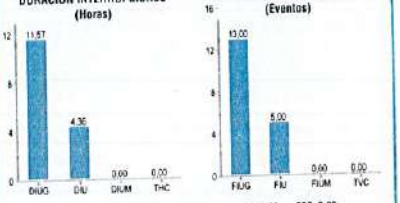
Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



INFORMACION DE LA CUENTA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 11739TR1 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 %E: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Reval, Todo1, Bancolombia, Servicio de atención al Ciudadano, Su Red, MOVIIRED, puntored, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel Únicamente Chía, Girardot y Facatativá

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

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

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



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: BL29-11739TR1- - 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: 07/01/2026 01:52:15
FECHA EXPEDICIÓN: 07/01/2026 14:41:13

CUDE: 9c16810c9407fb96711137d7a2c4793c8b771944bdfccdb9b0641ac98109b32905000e3e3350abc00b64c2ed7d71655d

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0
490 - Página 1 de 2
Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-6

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

HC	108	900255003225373	NO	FECHA: 25-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tobby			COLOR: Cafe- negro.
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 8m	PESO: 4.2 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO__
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sulma Cifuentes Peña	DIRECCION Kra 69K No 68-69.	TELEFONO 3212819565
CEDULA: 52.163.319	CORREO ELECTRÓNICO: Sulma.5216@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA la estrada	ESTRATO: 3.	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: N.A	ULT. DESPARASITACIÓN: 10-2025.	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: 172 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 38.4 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	0,3 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	Dra Ingrid A Yepes C. MÉDICO VETERINARIO U.A.N T.P. 24974	FIRMA	Ingrid A Yepes C
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:
	SC163319,

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.163.319

CIFUENTES PEÑA

APELLIDOS

SULMA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-1972

ACACIAS
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

09-MAR-1992 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00016462-F-0052163319-20080623 0:00590116A 1 1520004691

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	35.141,88	Costo variable no aprovechables	16.972,06	Valor base aprovechamiento	154.680,98
Frecuencia Barrido:	03	Frecuencia Recolección:	03	%Participación	0,000%
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0,00
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0,000
Tipo de producto	RESIDENCIAL			Estrato	3

Datos del usuario

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

BOGOTÁ 901144813-9

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$60.340
Aporte (+)	00%	Total Ingresos del periodo	$60.340
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$70.985	Ajuste a la decena -debito-	$3
Subsidio	$10.648-		

Toneladas por suscriptor[illegible]s

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0,0025	0,0013	0,0000

Histórico de vigencias cobradas

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas
0,0613	0,0398

3	2	1	Días liquidados
$54.112	$60.190	$62.490	59

La tarifa incluye subsidio o aporte*

aseo

Período facturado Aseo
OCT/22/2025 - DIC/19/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato 11268862
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 11127636915
Número de esta factura 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
Responsabilidades fiscales del emisor: Gran contribuyente; Autorretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: T2 RUTA: T22742 BIMESTRAL

11268862
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11127636915
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Periodo facturado SEP/26/2025 - NOV/24/2025

Pago oportuno DIC/31/2025 Suspensión ENE/06/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/21/2026	DIC/15/2025 07:31:18	DIC/15/2025 11:42:29

¡Hola!

Factura a nombre de
PABLO E RIAÑO CHAVEZ

Dirección del predio
KR 69K 68 69 PI 3

Barrio: LA ESTRADA 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 C.W.M. Tipo VELO015C
Serie 96DH939879 Diámetro pulgadas ½

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

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

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

cadena. NIT. 899.999.034-0

7135 52041 25661

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

HC 109 | 900255003225659 | FECHA: 25-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Michi | COLOR: blanco-negro

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA mestizo | EDAD 1Jm | PESO: 4.5 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____ CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO_____ COMPRADO____ ADOPTADO X REGALADO____ PERRO DE CUADRA_____ OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Manna Riaño de Yañez | DIRECCION CL 82B No 95 B15 | TELEFONO 3166648422

CEDULA: 51 596 484 | CORREO ELECTRÓNICO: luzmario0307@hotmail.com

BARRIO O VEREDA Bochica | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Tecnico | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

ULT. CELO: N.A | ULT. DESPARASITACIÓN: N.R.

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: 03 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: 124 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 38,1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1. ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,5 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	FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL	Medica Veterinaria MSc T.P. 9745		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso 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:
· auz	51596484. Bgta -

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 **51.596.484**

RIAÑO De YAÑEZ

APELLIDOS

LUZ MARINA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **28-DIC-1956**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

20-AGO-1979 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00816452-F-0051596484-20160416 0049405749A 1 1523882008

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

EDILBERTO MORENO
CL 82B 95B 15 00304 - BOCHICA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077198-150215

Lote: P04GN **Ruta:** 0011460072440006700 **Código del Sector:** 344

Cuenta o referencia de pago **61052187**

344
0011460072440006700
72907
P04GN

vanti Listo

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

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

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.

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 financiera ofrecido por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de la política de financiación establecida en grupovanti.com/vantilisto.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago: 61052187

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: 23 Ene. 2026

2 — Fecha de suspensión: 24 Ene. 2026

3 — Periodo facturado: Dic. - Ene. 2025

4 — Emisión de tu factura: 10 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	12M3	2.899,74	0,00	34.796,88
MENOS SUBSIDIO (32%)	1UN	-11.256,79	0,00	-11.256,79
AJUSTE DECENA	1UN	0,09	0,00	0,09

1 — Total $23.540,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

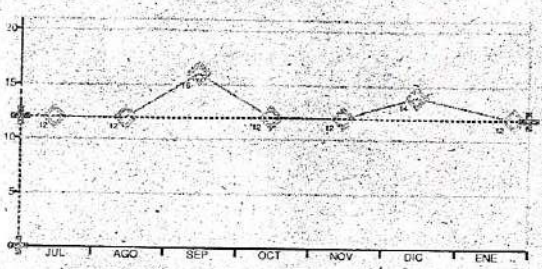
3 — Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar (1 + 2 + 3): $23.540,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
05 Dic. 2025	5492	REAL
07 Ene. 2026	5508	REAL

m³ corregido= 5508 - 5492 * Factor de corrección = 12

Tu próxima lectura será Entre 02 y el 07 de Febrero

Novedades de tu factura

CuVa $ 2543,69

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ago. 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: 1383.32 Tm: 549.31 Dm: 594.74 Cm: 0.0
Pc: 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: 142 kWh y el precio unitario del kWh es: $165.775

Factor de corrección

Vm: 10 Kp: 0.76628 Kt: 1.00645 Pt: 0.77122
Vc: 12 Tm: 13.71 Tc: 15.56 Pc: 1.01008
Pa: 0.751 Pm: 0.023 Pb: 1.0

Factor de corrección: 0.77122

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPR: 100.0



(415)7709998026025(8020)61052187(3900)00000000023540

72907

C1

Factura No. F15B738390062

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

HC: 110	900255003225649	NO	FECHA: 25-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD Y

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Showzy				COLOR: gris	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA mestizo	EDAD 8m	PESO: 3.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO Y
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO Y	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO__ CONCENTRADO Y MIXTO OTRO__	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Daniel Mantano Yepez	DIRECCION Cl 83 No 95-34	TELEFONO 3213440696
CEDULA: 1000.993.014.	CORREO ELECTRÓNICO: danielmantanoxtdx@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Bochica	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud.

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 114 l/m	F. RESPIRATORIA: 37 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	Médica Veterinaria T.P. 9743
TARJETA PROFESIONAL	
FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Forero
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441
FIRMA	

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1000993014

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 1.000.993.014



Apellidos
MANZANO YEPEZ

Nombres
JOSE DANIEL

Nacionalidad
COL

Estatura
1.72

Sexo
M

Fecha de nacimiento
01 MAYO 2002

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
16 JUN 2020, FUNZA

Firma

Fecha de expiración
08 FEB 2034

.CO

1039677846

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL039677846215088<<<<<<<<<<
0205012M3402085COL1000993014<1
MANZANO<YEPEZ<<JOSE<DANIEL<<<<

LA VIDA FLUYE EN DOS FORMAS:
EN CODIGOS Y EN ESCENAS
El Acueducto de Bogotá y el FIAV Bogotá te invitan a que dejes fluir la cultura por los sentidos.
Conoce más en www.fiavbogota.com
#ElAcueductoVive
Aliado estratégico: CB · CREA
Organizan: CB Cámara de Comercio 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 Salitre 100.
Cámbiate a la factura virtual de la EAAB

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
10456457

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
20581367115

KR 69 No. 80-27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
Horario de Atención
BOGOTÁ 8011448 43-9

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:	06	%Participación	0,000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT:	36.296,84	Costo variable no aprovechables	17.537,80
Valor base aprovechamiento	154.880,98		

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	Ajuste a la decena -debito-	$3
Subsidio	$11.020-		

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$62.450
Aporte (+)	00%	Total impuestos del periodo	$62.450
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo aporta al DANE en el periodo actual	

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: F2 RUTA: F22235C BIMESTRAL

10456457
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

20581367115
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
ICTICT

Dirección del predio
CL 83 95 34 BQ 6 AP 401

Barrio: BOCHICA Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

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 07:06:49	ENE/08/2026 12:01:37

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA Tipo VELO020C
Serie 20085215 Diámetro pulgadas ¾

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 Acue

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

14811 98311 4

:ste período

...a tu promedio de consumo fue 16 m³



ABR-JUN	JUN-AGO	AGO-OCT	ÚLTIMO CONSUMO
$119.725	$113.321	$142.641	

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
12.000	200

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	1695	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1683	Base promedio	
Tu consumo este período	12	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	IBERCONTA	Tipo	VELC020C
Serie	10085215	Diámetro pulgadas	¾

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
$54.741,28		$48.548,86		$1-		$62.450
A		B		C D E F		G

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

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período	=	**Total a pagar**
Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el periodo actual		$165.740

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 5d8092e860bc81c44fbb4334b1eaabb32b0ad0766cdb24ba6801654bc514c8bda0319197a56b7c92c50c461c3e7af636d

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)	12,00	$3.734,17	-15	$6.721-	$3.174,05	$38.089,04
Consumo residencial superior básico (m³)	.					
Cargo fijo no residencial (mes)	.					
Consumo no residencial (m³)	.					
Subtotal				$9.660-		$54.741,28

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.[illegible]57,64	$7.915,10
Consumo residencial básico (m³)	12,00	$3.983,73	-15	$7.171-	$3.[illegible]16,17	$40.633,76
Consumo residencial superior básico (m³)	.					
Cargo fijo no residencial (mes)	.					
Consumo no residencial (m³)	.					
Subtotal				$8.568-		$48.548,86

* 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	$322	$1.094

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$1-
Subtotal	1-

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 la red en: www.nequi.com.co/servicios/cades — La EAAB-ESP está abierta a todos los puntos de pago de los siguientes bancos: Popular, Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Occidente, AV Villas, Bogotá, Bancolombia y Citi

Aseo
Valor a pagar
$62.450

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 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)205813671150(3900)000000062450

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$103.290

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

(415)7707200489996(8020)205813671150(3900)000000062450

pag 2/2 434

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

HC	MIC	FECHA
111	900255003219222	25-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bagufra.			COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA mestizo	EDAD 6m	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 Y		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO____ MIXTO Y OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO____REGALADO X PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana María Palacio Ortiz		DIRECCION Kra 111 C N. 80-20	TELEFONO 3232282378
CEDULA: 1.015.450970		CORREO ELECTRÓNICO: apalacio2716@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Ciudadela Colsubsidio	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N.A	12-2025	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:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
132 l/m	26 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	1,2 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 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:
Ma Paula Palacio Ortiz	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 María 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 00327e7511A 1 39741008

Bogotá

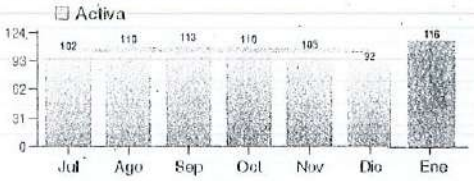
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860 063 875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

1282645-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO 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

¡Hemos tenido acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

Vete de vacaciones sin preocupaciones

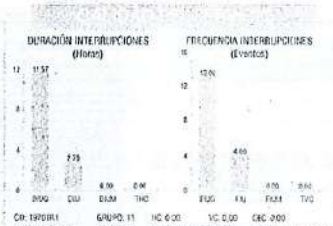
Evita que tu consumo de energía sea promediado revisa la lectura de tu medidor en la App Enel Clientes o en nuestro sitio web enel.com/co

Así te asegures de pagar solo por la energía que usaste



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007067057877
RUTA LECTURA:	37067130414
MANZANA DE LECTURA:	MS00565003
MEDIDOR NO:	6001105
SUBCLASE:	Básica



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

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

Tramites y solicitudes enel.com.co/es/personas/todo-tramites
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
315 880 6003 (Elena Bot o para Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Zona privada de tu Cuenta Web
App Enel Cliente Colombia

Bogotá, Sábana y Cundinamarca
601 5 115 115
115 Gratuito
601 5140055
atencionalcliente@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: cale, MOVII, Nequi, Upaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Red Multiservicios, Reval, MOVIRED, Efecty

Red Digital: RED CADE

Centros de Servicio: Orientación Cívica, Gestión y Formación

Gestiona Oficina

Almacenes de Cadena: Jumbo

¡Inscríbete a Vivir Enel y aprovecha!



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

18cb0c2c2046d3726593cca5d5a1adbf2aa02ba44591763111fc069c73ccdd4221750d5314ide

Prestador Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: Cenelmarcado - NIT 860 231 151-6

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	96.342	116	1	116	116	$785.09	$91.070	
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	0	0	$289.66	$0	
SUBSIDIO	Consumo subsidiable 130.00 kWh	X	Valor kWh $785.0889	X	Beneficio 15.00 %		$13.607	

ESTE ES EL KILOVATIO QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2.419 DIARIOS

SUBTOTAL: $77.409

Ajustes a la decena
MAYOR VR CONSTARIFA APLICADA $0.70
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA $401

SUBTOTAL: $405.520

$77.810 **$405.520**

Tenga 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 las cláusulas publicadas en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de **$103.863**.

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

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

Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

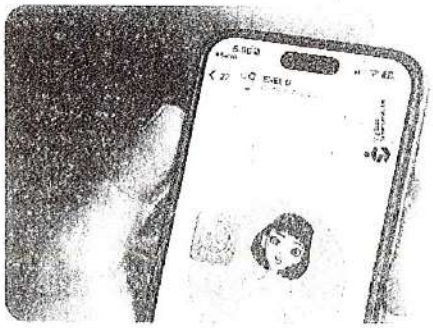
Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

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.

Vigilada Supersalud. Facilitada y gestionada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.



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

HC: 112	MICROCHIP: SI	Expiry-Date: 2030/09/02 900255003219229	FECHA: 25-07-26

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: THEO.			COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA MESTIZO	EDAD 6M	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: Javier Cruz Acosta	DIRECCION Cl 91A N° 95H-9	TELEFONO 3102902841
CEDULA: 79.894464	CORREO ELECTRÓNICO: javiercruzacosta2025@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Bachue / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: N/R	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		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: 132 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 39,2 °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 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 M.P. 5743		
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:
JAVIER ERAZO ACOSTA	79894464

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:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 79.894.464
CRUZ ACOSTA
APELLIDOS
JAVIER
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 13-ENE-1977
EL COLEGIO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
06-FEB-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00195745-M-0079894464-20091110 0017901860A 1 1070101328

¡Hola!

ROSA CORTEZ
CL 91A 95H 9 01 00002 - BACHUE
BOGOTA

vanti
Medidor Gas No. 5697106-219349

Lote: P16GN Ruta: 0011460116300005200 Código del Sector: 346

Cuenta o referencia de pago 62144779

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 2.467.434



vanti

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

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

Comunícate con nosotros y solucionamos 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.

Entidad vigilada SSPD ART. 9° de la ley 142 de 1994

346 0011460116300005200 P16GN 23534 C1

¡Solicita tu FACTURA EN LÍNEA! a través de:

Escanea el código QR, ingresa a un formulario y regístrate o motívo por el cual deseas el cambio más.

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

¡Solicita tu FACTURA EN LÍNEA! a través de:

Ley 2300 de 2023

Medio digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar tu factura de forma segura a través de nuestros canales digitales

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Pasa por Bancolombia Nequi daviplata

*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:
Makro, 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 o 01 8000 915 052
01 8000 181 164

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

VIGILADA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS 70002766 2025 V4.01

Diciembre 2025

62144779

Vanti

Fecha de expedición
14 Ene. 2026

Fecha de vencimiento
15 Ene. 2026

Periodo facturado
Nov. - Dic. 2025

Emisión de la factura
24 Dic. 2025

Descripción	Cantidad Unidad (U)	Valor ($)	Ajuste	Subtotal ($)
CONS. SIN SUBSIDIO	11M3	2.570,50	0,00	28.275,50
CONS. CON SUBSIDIO *	20M3	2.934,15	0,00	58.683,00
MENOS SUBSIDIO (33%)	1UN	-19.482,76	0,00	-19.482,76
AJUSTE DECENA	1UN	3,40	0,00	3,40
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	6.881,00	0,00	6.881,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	34.472,64	0,00	34.472,64

= Total $108.832,78

Fecha de Vigencia/Concepto	Vencimiento	Cuota ($)	Intereses ($)	Subtotal ($)
0.00 % Cuota Protegida	7/12	14.000,00	0,00	14.000,00
1.78 % V-Remode y Materiales Vanti	1/3	164.874,29	15.205,58	164.874,29
1.78 % V-Remode y Materiales Vanti	1/5	208.912,93	19.267,06	208.912,93

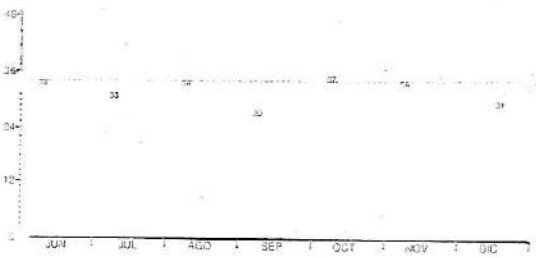
= Total $387.787,22

Valor facturas vencidas
$0,00

Total a pagar
$496.620,0

Pague con

Escanee el código QR



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat Dos Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
21 Nov. 2025	16759	REAL
19 Dic. 2025	16799	REAL

Consumo = 16799 - 16759 * Factor de corrección = 31

Próxima lectura (en) Entre 18 y el 20 de Enero

Información de la factura

Cuva $ 3570,30

Después de la fecha de pago pactada se generan intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de reconexión $76.000

Periodo de facturación
30 Nov. 2029

Pague hasta el día
Sep. $2719 Oct.-$2748 Nov. $2742

Componentes tarifarios

Gm 1324,73 Tm 582,57 Dm 598,11 Cm 0,0
Qt 65,09 Qum 0,0 Qdm 0,0 Qcm 0,0
Qam 0,0 Pcons 42,512 QAUR 0,0 DAUR 0,0

Factores de comportamiento

Fm 40 Ftr 0,76766 Fc 1,00634 Fv 0,77253
Fp 31 Tmd 13,74 Tc 15,56 Fa 1,01008
Fm 0,752 Fmr 0,0234 Fj 1,0

Factor de consumo 0,77253

Información de pagos

IPST 100,0 DES 0,0 IO 100,0 IPS 100,0

(415)7709998026025(8020)62144779(3900)00000000496620

23534

C1

Factura No. F15B73010865

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

HC: 113	MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003219235		FECHA: 25-07-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Oreo			COLOR: Blanco/Negro
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 7 M	PESO: 22 KG / MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Marcela Leguizamon Cespedes	DIRECCION Cl 89 N 94L 60	TELEFONO 3217628571
CEDULA: 1121 910 039	CORREO ELECTRÓNICO: leguipalita@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Ciudad Bachue / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnico / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: Dic/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: Dic/25 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: 116 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 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
	Apoana	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 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:
Diana Leguzaman	1219cc39

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:



FECHA DE NACIMIENTO 09-FEB-1994

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-MAR-2012 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-5200100-01205659-F-1121910039-20210129 0073231642A 1 9914496320

1 PO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.121.910.039

LEGUIZAMON CESPEDES

APELLIDOS

DIANA MARCELA

NOMBRES

Diana Leguizamon

FIRMA



aseo

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

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas
0.0656	0.0389

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$222.200	$217.967	$219.007	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

10362524
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17207000310
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

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

BOGOTÁ 901144843-9

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$363.777	Ajuste a la decena -debito-	$4
Subsidio	$145.511-		

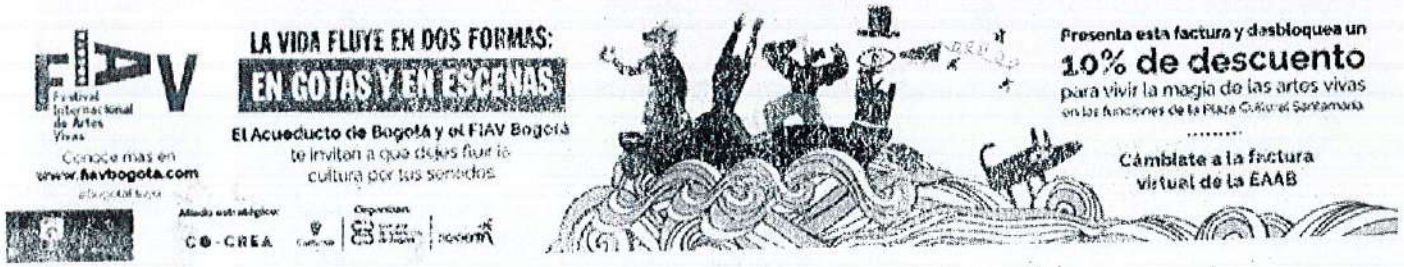
Suosidio (-)	40%	Valor Aseo	$218.270
Aporte (+)	00%	Total ingresos del periodo	$218.270
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

Datos del usuario

Tipo de productor	RESIDENCIAL			Estrato	2
Und. Res. Ocupada:	5	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:	06	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechables	Valor base aprovechamiento
181.484,20	84.132,80	154.680,98



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

NAG
Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: F2 RUTA: F22212

BIMESTRAL

10362524
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17207000310
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
FABIO CASTILLO

Dirección del predio
CL 89 94L 60 IN 105

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 G2 MISURATORI Tipo VELO015R200
Serie 23-648872 Diámetro pulgadas ½

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

Pago oportuno ENE/28/2026

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 07:06:01	ENE/08/2026 11:57:04

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

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

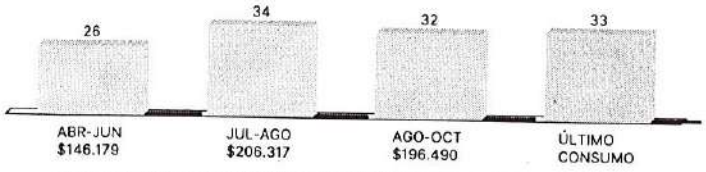
Llámanos **116** Acueducto **110** Aseo

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

cadena. NIT 830.059.654-0

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 31m³



En este periodo consumiste más agua que en el anterior

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

En este período 33.000

Promedio al día 550

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	268	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	235	Base promedio	
Tu consumo este período	33	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	G2 MISURATORI	Tipo	VELO015R200
Serie	23-648872	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 $102.120,85 (A) + **Alcantarillado** $101.993,19 (B) + **Otros cobros** $26.881- (C D E F) + **Aseo** $218.270 (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** $395.504

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 8c14a6ba058354c5dc9326f013af8fb48711872ae18997541d0a533a5627fa8e8d319c64933c4acc5d466c305d583f97

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

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	× Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.795,62		-40	$7.837-	$5.877,37	$11.754,24
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.734,17		-40	$32.861-	$2.240,50	$49.290,74
Consumo residencial superior básico (m³)	11,00	$3.734,17			$0	$3.734,17	$41.075,87
Cargo fijo no residencial (mes)							
Consumo no residencial (m³)							
Subtotal					$40.698-		$102.120,85

B Alcantarillado

	Cant.	× Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.656,05		-40	$3.725-	$2.793,63	$5.587,10
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.983,73		-40	$35.057-	$2.390,24	$52.585,06
Consumo residencial superior básico (m³)	11,00	$3.983,73			$0	$3.983,73	$43.821,03
Cargo fijo no residencial (mes)							
Consumo no residencial (m³)							
Subtotal					$38.782-		$101.993,19

*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)	$18,03	$64,34
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$416	$1.415

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

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$5
D-ben. min. vital total	$26.886-
Subtotal	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	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

Aseo
Valor a pagar
$218.270

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

(415)7707200489996(8020)172070003102(3900)000000218270

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$177.234

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: 114 | MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003219239 | FECHA: 25-01-26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: FLOKY | COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA MESTIZO | EDAD 7M | PESO: 3,8 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____ CONCENTRADO____ MIXTO X OTRO _____

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO X ____COMPRADO_____ADOPTADO ____REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: John Jairo Arguello Godoy | DIRECCION Cl 82 N°95D 72 | TELEFONO 3782502503

CEDULA: 1106394.367 | CORREO ELECTRÓNICO: Jojaargod@gmail.com.

BARRIO O VEREDA Bochica | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: N/A | ULT. DESPARASITACIÓN: Agosto/25 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 124 l/m | F. RESPIRATORIA: 26 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	1,3 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 ACEPTACIÓN 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: 1106394.367

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 1.106.394.367
ARGUELLO GODOY

APELLIDOS
JOHN JAIRO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-AGO-1988
PURIFICACION
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

04-SEP-2006 PURIFICACION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

INDICE DERECHO

A-1500150-01529896-M-1106394367-20251023 0148325651G 2 8516961182

92713

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: **0590504-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379793760-5

CLIENTE

LIBIA ESPERANZA MARTINEZ
CL 82 NO 95 D 72 IN 2 AP 306
ENT 2 INT 306
BOGOTA, D.C. - BOCHICA

05 705 8099 / 4213447

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

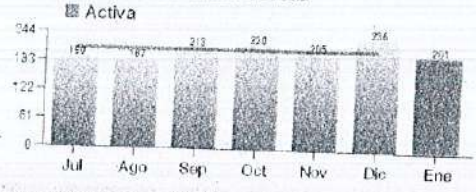
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $785,09

CONSUMO DIARIO: 6,48 kWh

VALOR DIARIO: $3.831

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

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES: 201 kWh

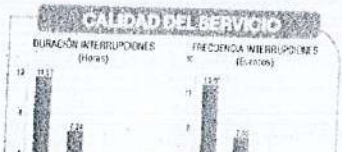
¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	4,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007057059099
RUTA LECTURA:	37057070992
MANZANA DE LECTURA:	MS00563222
MEDIDOR NO:	4213447
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/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
318 8600 8003 (Clienta Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelServicioCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

TELEFÓNICA NACIONAL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140355 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, Ipaga

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

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel Soluciones Chile, Operación y Mantención

Almacenes de Cadena: Alkosto, Metro

Código QR

Incorpórate a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



Si pagas después de la fecha límite, revisa el detalle de tu factura. El valor a pagar puede incluir intereses de mora.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2025
C: $287,05 T: $54,14 D: $259,66 CV: $75,00 PR: $59,75 R: $18,79 CF: $0,00 / $765,09 Costo kWh Mes

GRUPO:11 CIRCUITO: BL09-11763781 - - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por ini. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 0061 de 19 de diciembre de 2025.

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

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 a nuestra 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 dirígete a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

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

FECHA GENERACIÓN: 07/01/2026 01:45:16
FECHA EXPEDICIÓN: 07/01/2026 15:40:10

CUDE: 55ac9e36371ddaa2a644f9e6a6561f24e053b8f0fee190ca476ffd945e619e6c175d117fb7ddb5dde8cac228b63e64b1f

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

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.085.432-0

22230 - Página 1 de 2

92713

$267.230 + $0 = $267.230

PAGO OPORTUNO
INMEDIATO

FECHA DE SUSPENSION
SUSPENSION

ENERGÍA

0590504-9

03 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGIA ACTIVA FP	93.819	93.619	200	1	200	200	$785.09	$157.903
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$293.66	$0
SUBSIDIO		Consumo a subsidiar 130,00 kWh X		Valor kWh $780.0883 X		Beneficio 35,24%		$39.030

SUBTOTAL: $118.773

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $3.821 DIARIOS

Otros cobros facturados a cuenta

SALDO ANTERIOR	$147.790
Ajustes a la decena	$4
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$999
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$ 296
SUBTOTAL:	$148.457

ESTIMADO CLIENTE SU CUENTA SE ENCUENTRA EN MORA

1 TOTAL ENERGÍA $257.230

Otros cobros de productos y servicios

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, Diedro Facil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas entrarán en mora, ante la cual se realizará reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (130 kWh mes) es de 35,24 %

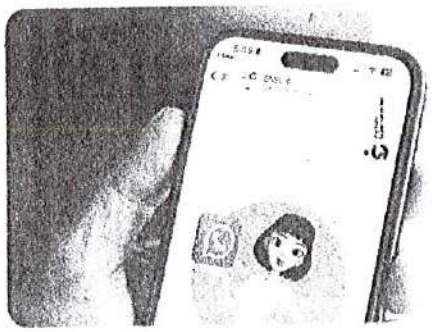
Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

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
0590504-9

Documento Equivalente Electrónico No.
379793760-5

(415)7707209914253(8020)010590504937979376050(3900)000000000267230

PAGO OPORTUNO
INMEDIATO

TOTAL A PAGAR
$267.230

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

HC: 115	MICROCHIP: SI — Expiry-Date:2030/09/02 — 900255003225030		FECHA: 25-07-26.
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mono			COLOR: Arena
ESPECIE: CANINO___ FELINO X — SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 6M	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: Alba Luceya Izquizamon Rodriguez	DIRECCION: Cl 88 N° 95B-15	TELEFONO: 3703048389.
CEDULA: 51 787 490	CORREO ELECTRÓNICO: alzquizamonrodriguez@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Ciudad Bachue I — ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnico — NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: DIC/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		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: NOV/25. 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: 114 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 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	Erika Cecilia Rodriguez G	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	[illegible]	
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:
Yilba Leguizamon	SI. 787490 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

Mono



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 SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00127722-F-0051787490-20081114 0005965565A 1 1250028132

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

enel Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0628595-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 379578281-9

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

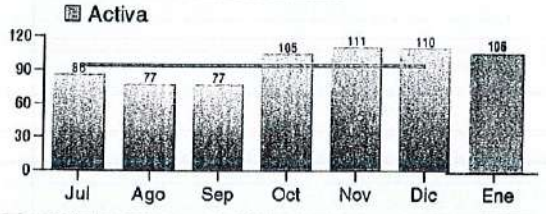
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $785,09

CONSUMO DIARIO: 3,42 kWh

VALOR DIARIO: $1.658

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

DIAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 106 kWh

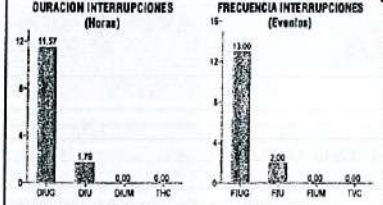
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 94 kWh

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

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 11236TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/11 Dc: 264,91 CF: 111,60000 NC: 0,00 MF: 1,00 %L: 0,20

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

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

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 Gratuita las 24 horas.	601 5140055 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

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

Corresponsales Bancarios: CONRED, Efecty, Reval, Servicio de cambio de Colombia, Bancolombia, Su Red Amiga, Su Red Amiga Móvil, MOVIRED, puntored, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel (Únicamente Chía, Girardot y Facatativá)

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: 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

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: 06/01/2026 01:44:10
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 17:08:11

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.

CUDE: 0151d461000b277b24114f8692ee70008d549c20e68829ea82d22f6191205b4e8699129f9faa1035e0811ce9b20a3e12c97

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

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

86923

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 wab 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	MICROCHIP:	FECHA:
116	Expiry-Date:2030/09/02 900255003225081	25-06-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Jerry			COLOR: Blanco / Pardo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA MESTIZO	EDAD 8M	PESO: 3.7 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jaqueline Navas Reyes	DIRECCION Kr 95J N° 91A 24	TELEFONO 3103376883
CEDULA: 52.581.999	CORREO ELECTRÓNICO: navasjaqueline@hotmail.com.	
BARRIO O VEREDA Ciudad Bachue	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Tecnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/A	NOV/25	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: SEP/25. LEUCEMIA: 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: 2/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
118 l/m	24 r/m	38.6 °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	1,2 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 Médica Veterinaria MSc	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso 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:
Jaqueline Navas Reyes	52581999

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 **52.581.999**

NAVAS REYES
APELLIDOS

JAQUELINE
NOMBRES

Jaqueline Navas R.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-MAY-1970**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

31-MAR-1989 SUBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500116-45149976-F-0052581999-20060830 **04527** 06242A 02 190314773



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-MAY-1970**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

31-MAR-1989 SUBA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500116-45149976-F-0052581999-20060830 **04527** 06242A 02 190314773

129993

enel Bogotá

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

ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1117498-7**

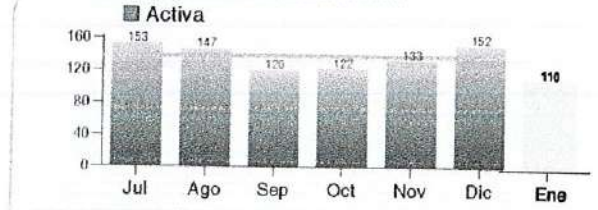
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 379616950-9

CLIENTE

JOSE EUGENIO OCHOA DUARTE
KR 95 J NO 91 A 24
BOGOTA, D.C. - CIUDAD BACHUE

04 711 7579 / 6000979

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $785,09

CONSUMO DIARIO: 3,55 kWh

VALOR DIARIO: $1.720

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

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 110 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 138 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:	30007047117579
RUTA LECTURA:	37047010789
MANZANA DE LECTURA:	MS00563025
MEDIDOR NO:	6000979
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 1125SETR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CFC: 0,00
PERIODO: R75/11 DC: 264,01 CF: 133,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %C: 0,75
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2018

CONTÁCTANOS

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

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

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

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

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

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: Únicamente Chía, Girardot y Facatativá

Almacenes de Cadena: 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: $289,58 CV: $75,80 PR: $89,75 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: BL13-1125STR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

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

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

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

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

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, 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 01:53:15
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 17:08:09

CUDE: f9753a7e6603da214fdf6e26a29ac325971f5cc074792bc9befc1c108c85575bddba7f37a9918c04b1e74d21eefe46

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.086.812-8 Vigilado Supersalud

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

11.861 - Página 1 de 2

129993

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

HC: 117	MICROCHIP: SI 900255003225660		FECHA: 25-01-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chimveb			COLOR: Gris	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 9m	PESO: 4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___CONCENTRADO X MIXTO OTRO___	

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO___COMPRADO___ADOPTADO X REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sagrario Velandia	DIRECCION Kr 89B 75-43	TELEFONO 3148796338
CEDULA: 1.096.780.135	CORREO ELECTRÓNICO: VelandiaSagrario88@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Paris — ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buen estado Salud

ULT. CELO: N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: 11-2025	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: 178 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 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.)	0,4 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 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:
Sagario Yolandica	1096780135

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 **1.096.780.135**
VELANDIA

APELLIDOS
SAGRARIO

NOMBRES
Sagrario Velandia

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **28-JUL-1988**
AGUADA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

31-AGO-2006 AGUADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00577213-F-1096780135-20140526 0038799133A 2 1632888428

aseo

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

Cuenta contrato 10176740
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 43467687018
Número de esta factura de servicios públicos

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

Datos del usuario

Tipo de productor	RESIDENCIAL			Estrato	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 período	$187.340
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el período actual	

Histórico de vigencias cobradas

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables	Aforadas - no aforadas
0.0656	0.0398	

3	2	1	Días liquidados
$190.692	$181.957	$187.969	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: E2 RUTA: E22189 BIMESTRAL

10176740
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

43467687018
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 06:29:52	ENE/07/2026 13:30:28

¡Hola!

Factura a nombre de
EMILIO GARZON

Dirección del predio
KR 89B 75 43

Barrio: PARIS Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA Tipo VELO015C
Serie 08015IB035786 Diámetro pulgadas ½

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

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

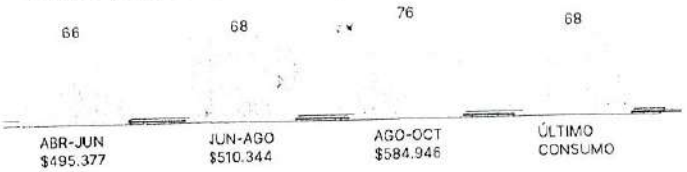
Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

cadena. NIT 890.939.934-6

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 70 m³



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
68.000	1.133

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	6725	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	6657	Base promedio	
Tu consumo este periodo	68	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	IBERCONTA	Tipo	VELO015C
Serie	06015IB035786	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
$258.463,12		$265.957,14		$1-		$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 periodo
Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el periodo actual

= **Total a pagar** $711.760

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 8138ab0eccbdcba739661ef221f7b4b0700631484c25a21b47e3266034a9880ebb11d74f4b72a80dd430eca6aaebdfbc

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-1001000-10 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	-,5	$2.939-	$8.326,28	$16.652,24
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.737,41	-15	$12.333-	$3.176,80	$69.890,02
Consumo residencial superior básico (m³)	46,00	$3.737,41		$0	$3.737,41	$171.920,86
Cargo fijo no residencial (mes)	.					
Consumo no residencial (m³)	.					
Subtotal				$15.272-		$258.463,12

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)	22,00	$3.988,28	-15	$13.161-	$3.390,04	$74.581,16
Consumo residencial superior básico (m³)	46,00	$3.988,28		$0	$3.988,28	$183.460,88
Cargo fijo no residencial (mes)	.					
Consumo no residencial (m³)	.					
Subtotal				$14.558-		$265.957,14

* 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	$590	$2.005

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

C Otros conceptos

Concepto	Valor
1-ajuste a la decena	$1-
Subtotal	1-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE Consulta direcciones y horarios de atención en: www.bogota.gov.co/servicios/cades — La EAAB ESP sólo tiene convenios con los siguientes bancos: 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, girar dos cheques únicamente de gerencia a nombre de la EAAB-ESP NIT 899.999.094-1 y endosar cada uno con el número de cuenta contrato, indicando cuál corresponda al valor de acueducto y cuál al valor de aseo.

(415)7707200489996(8020)43467687018 7(3900)0000001873 40

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$524.420

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

(415)7707200485271(8020)43467687018 9(3900)0000005244 20

14382

73726

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

HC: 118	MICROCHIP: SI	Expiry-Date: 2030/09/02 900255003225040				FECHA: 25-07-26
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	COMUNIDAD X	

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: THOR				COLOR: Arena	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 5M	PESO: 23 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 3019237531	
CEDULA: 1.136.880.890.	CORREO ELECTRÓNICO: gsandramarilin@yahoo.com.		
BARRIO O VEREDA Bachue 1	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachillerato NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL_		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: NIA	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: 115 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 38,5 °c	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.)	0,2 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 Ocola Rodriguez G	FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL	Medica Veterinaria MSc		
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 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: 1136880890

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. Identificacion: 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 1363676157

FACTURA EN LÍNEA
Y PAGALA A TRAVÉS DEL



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: El cargo de los empresas que conforman el Grupo Vanti. Campaña válida entre el 15/12/2025 y 15/01/2026. Promoción válida únicamente para usuarios no gas natural residencial. Puedes consultar la relación con el número y periodo de inspección periódica para la ONAC Vanti 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

Débito PSE

Débito Bancolombia

Recuerda que puedes pagar tus facturas de gas y varias cuentas contratos en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Bancolombia

Nequi

daviplata

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica sola 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: 890.935.812-5 7010202026 VANTI

Si tu pago excede el valor facturado por favor comunícate con nosotros para gestionar el reembolso de tu dinero. Recuerda que el pago oportuno de tu factura evita el cobro de intereses de mora y la suspensión del servicio. Sobre el contenido de la factura puedes presentar reclamación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco días hábiles siguientes al vencimiento de la misma. Recibirás el cobro cuando cuentes con los intereses de financiación de la ley 142 de 1994 y puede faltar uno antes 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. 5077198-393806

Lote: P06GN Ruta: 0011460010004605000 Código del Sector: 345

Cuenta o referencia de pago 61076974

vanti

TU SALDO 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 solucionamos 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 943 784
Bogotá (601) 307 8131
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 408 4164
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 doble y rasgo para abrir la factura

345

0011460010004605000

P06GN

Enero 2026

Cuenta o referencia de cobro 61076974

Vanti

Fechas importantes

Fecha de expedición: 27 Ene. 2026

Fecha de suspensión: 28 Ene. 2026

Periodo facturado: Dic. - Ene. 2025

Fecha límite de pago: 14 Ene. 2026

Consumos facturados

Concepto	Cantidad Unidad 2	Consumo (3)	(4)	Subtotal Deuda (5)+(6)
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

1 – Total $95.190,00

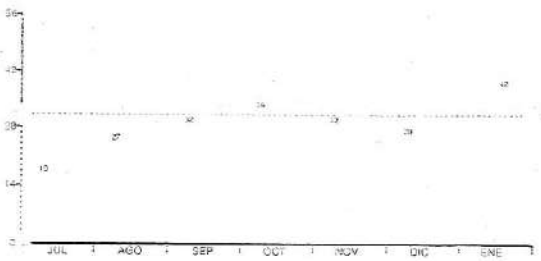
Tus otras facturas

Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 – 3 $95.190,0

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Suscriptor Cat.Dos | Días de consumo: 35

Fecha	Lectura	Tipo
06 Dic. 2025	1487	REAL
09 Ene. 2026	1542	REAL

Consumo corregido= 1542 - 1487 * Factor de corrección = 42

Tu próxima lectura entre: Entre 04 y el 09 de Febrero

Novedades de tu factura

CuVa 0.2540.69

Después de la fecha de pago indicada, se cobrarán intereses de mora y el medidor podrá ser retirado. Valor de la reconexión $72.000

Periodo Facturado Obligatorio

Fecha límite para Periodo Facturado: 31 May. 2027

La reforma de la instalación interna de su responsabilidad y cada mantenimiento, se efectuará teniendo en cuenta lo establecido en las Resoluciones 059 de 2012 y 1555 de 2017

Usted puede ver otras cosas

Tarifas

Estimado su mil de gas para mes de $2544.

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

Tarifa aplicada sobre Cantidad de Suministro de Energía Gas (CMG).

Componentes tarifarios

Cmi: 1335.32 Tmi: 549.31 Dmi: 594.74 Cmi: 0.0
Tmi: 64.32 Cvmi: 0.0 Cuimi: 0.0 Cuvmi: 0.0
Cvmi: 0.0 Pcomi: 42.475 DAUR: 0.0 DAUPR: 0.0

1 m³ Tu consumo en mil de gas equivale: 496
kWh y el precio unitario del kWh es: $191.925

Factores de corrección

Pcmi: 55 Kb: 0.76667 Kc: 1.00848 Pz: 0.77164
Vc: 42 Tmi: 13.7 Tc: 15.56 Ko: 1.01008
Pci: 0.751 Pmi: 0.0234 P pvi: 1.0
Factor de corrección: 0.77164

Valores de tarifas

IPST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 pvi: 100.0

(415)7709998026025(8020)61076974(3900)00000000095190

25178

C1

7701457630850676e46930c7d3dd82c0617385dfc8940b0d2945701d1747196117385777f30c2073a73267acbab1a9 Factura No. F15874154544

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

HC: 119	MICROCHIP: SI 900255003225258		FECHA: 25-01-26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milo			COLOR: Gris	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO X	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 X PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Patricia Mapura Muñoz	DIRECCION Cl 86 BIS Y 956-26	TELEFONO 3238083504
CEDULA: 39542047	CORREO ELECTRÓNICO: patricia.mapura@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Ciudad Bachue / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Tecnica / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buen estado Salud.

ULT. CELO: NA	ULT. DESPARASITACIÓN: 07/2025	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:	RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA:	RABIA: 08-2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI__ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno	
CLASIFICACION ASA (I) II. III. IV. V. VI. E.	CONDICIÓN CORPORAL: 2/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 124 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 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.)	0,4 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 Nicole 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:
Patricia Màpura M.	39542.047

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 39542047

MAPURA MUÑOZ
APELLIDOS

PATRICIA
NOMBRES

Patricia Mápura M.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-ABR-1966
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 ESTATURA
AB+ G.S. RH
F SEXO

18-DIC-1985 ENGATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500112-42090393-F-0039542047-20010906 0569401235A 01 101714351

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: **0907923-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379831926-2

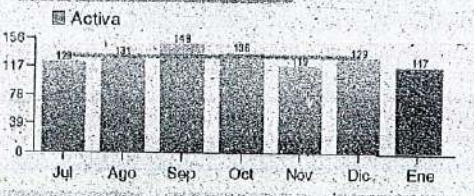
CLIENTE

JAIME MAPURA
CL 86 BIS NO 95 G 26 IN 106
INT 106 ASG 9309
BOGOTA, D.C. - CIUDAD BACHUE I ETAPA

05 702 2411 / 545640

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO Y CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $785,09

CONSUMO DIARIO: 3,77 kWh

VALOR DIARIO: $1.830

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

DIAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 117 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES 131 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:	4,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007057022411
RUTA LECTURA:	37057040498
MANZANA DE LECTURA:	MS00563148
MEDIDOR NO:	545640
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 11220TR1 GRUPO: 11 ID: 0,00 VD: 0,00 CED: 0,00
PERÍODO: 202511 DI: 254,91 CF: 119,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %t: 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/hablemos.html
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
318 890 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5160065 denuncias@enel.com

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

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Reval, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Olímpica, Alkosto

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del turnero. En caso del corresponsal no estar seguro y dude no pague de inmediato.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2025
G: $287,05 T: $54,14 D: $239,66 CV: $75,60 PR: $59,75 R: $18,70 CF: $0,00 / $795,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BE13-11 2107RT1 - - 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 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 0091 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 (cargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



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

FECHA GENERACIÓN: 07/01/2026 01:58:06
FECHA EXPEDICIÓN: 07/01/2026 15:54:06

CUDE: a43868fdbd6dfdc5a1437921ae9eca7016899e526155f5f5091d6900fce870292b0d27eb5997135897cd17372e456ecda1

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENAfinanciero - NIT 830.021.151-9

Factura impresa por Carvajal soluciones de Comunicación SAS NIT 800.086.812-8.

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

HC: 120	MICROCHIP: SI 900255003225248		FECHA: 25-01-26
ORIGEN : CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kae			COLOR: Blanco - Gris	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 8A	PESO: 4,6 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___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO Nacido en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Joshua Isaac Sanchez Celis	DIRECCION AC 90 95B 50		TELEFONO 3206836454
CEDULA: 1141114124	CORREO ELECTRÓNICO: josa363sc@gmail.com		
BARRIO O VEREDA Ciudad Bache	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: estudiante NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL_		

3. ANAMNESIS

Buen estado Salud

ULT. CELO: NA	ULT. DESPARASITACIÓN: 06-2025	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		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: 132 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 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
	Ahopira	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria GMSC T.P.9715	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA	

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1141114124

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



Apellidos
SANCHEZ CELIS

NUIP 1.141.114.124

Nombres
JOSHUA ISAAC

Nacionalidad
COL

Estatura
1.78

Sexo
M

Fecha de nacimiento
12 ABR 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

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

Firma

Fecha de expiración
30 ABR 2034

.CO

0457139 34

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0457139348150O1<<<<<<<<<<
0604121M3404300COL1141114124<1
SANCHEZ<CELIS<<JOSHUA<ISAAC<<<

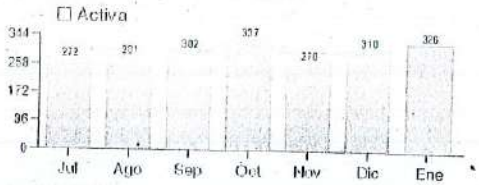
ENEL COLOMBIA S.A.E.S.P.
NIT 860063875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

0630796-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3795918413-5

GONZALO PAEZ BAYONA
AC 90 NO 95 B 50 IN 106
INT 106
BOGOTA, D.C. - CIUDAD BACHUE

04 710 0600 / 46093971



VALOR kWh APLICADO
$785,09

CONSUMO DIARIO:
10,52 kWh

VALOR DIARIO:
$6.997

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

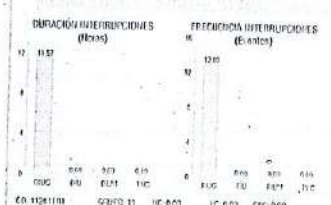
DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES
326 kWh



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	13,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007047100600
RUTA LECTURA:	37047020554
MANZANA DE LECTURA:	MS00563003
MEDIDOR NO:	46093971
SUBCLASE:	Básica



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

Bogotá, Soacha y Cundinamarca
601 5 115 115

115 Cuando lo necesites las 24 horas

601 5140055

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).

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencias DIC/2025
G: $287,05 T: $54,14 D: $269,06 CV: $75,80 PR: $53,75 R: $10,70 OF: $0,00 / $785,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: ELE3-1201 (0)... NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,01 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1993.

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 8051 de 10 de diciembre de 2020.

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

En cumplimiento de la resolución CREG 015/911 consulta y vigila tu factura en 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 las líneas (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 acueducto para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjase a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN:
06/01/2026 01:45:47
FECHA EXPEDICIÓN:
06/01/2026 17:05:19

CUDE: 306c2905c0705f3e9533772d4e659943a5d03a7300e6a0f655bf62e4657215f181e3034a7f32e345ac0e53c91e7b

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

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Gestión de acuerdo a la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013

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

HC: 121 | MICROCHIP: SI Expiry-Date: 2030/09/02 900255003225605 | FECHA: 25-07-26

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: COCO | COLOR: Blanco / Pardo

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA: MESTIZO | EDAD: 7A | 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___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Tania Carolina Bernal Sotelo | DIRECCION: Tr 86A N° 84A 75 | TELEFONO: 3202647434

CEDULA: 1074 247.453 | CORREO ELECTRÓNICO: Tsocialtaniabernal@gmail.com.

BARRIO O VEREDA: Quirigua | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: Profesional | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL___

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: N/A | ULT. DESPARASITACIÓN: SCP/25 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: AG6570/25 LEUCEMIA: ___ RABIA: AG6570/25

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
128 l/m	34 r/m	37,5 °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.)	0,4 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. 9745 | FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441 | FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Tatiana	1014241453.

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:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.014.241.453**
BERNAL SOTELO

APELLIDOS
TANIA CAROLINA

NOMBRES

TaniaBernal.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAR-1993**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

11-MAR-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00289915-F-1014241453-20110408 0026604839A 2 36448867

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

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



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

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Rápido y seguro que no reparo.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que nuestro proceso de facturación no cobra ni maneja montos superiores a los de tu factura mensual, así que si alguien te pide más, no realices la transacción.

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Recaudan, Servibeta, BBVA, Bancolombia, Banco Popular, Banco Pichincha, Nequi, Daviplata, PIBank, dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies: Makro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica sólo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo - Móvil: 164 ó 01 8000 918 052 / 01 8000 181 164

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

CONTRALORÍA SOBRE NORMAS DE COMUNICACIÓN S.A. 1987. RESOLUCIÓN 0128 DE 2018 CRC

Por favor doble y rasga para abrir la factura

¡Hola!

EMMA HERLI VILLAMIL
KR 86A 84A 15 02 - QUIRIGUA
BOGOTA

vanti
Más formas de vivir
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5071[illegible]1969

Lote: P13GN Ruta: 0011460173730005000 Código del Sector: 347

Cuenta o referencia de pago **61054052**

vanti

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



vanti

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

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.

Por favor doble y rasga para abrir la factura

0011460173730005000 36990 C1

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago 61054052

Vanti

Fechas importantes

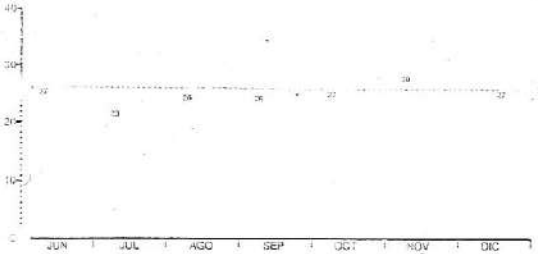
Fecha límite de pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de la factura
07 Ene. 2026	08 Ene. 2026	Nov. - Dic. 2025	19 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (py)	Valor unitario	IVA	Subtotal Deuda (py)
CONSUMO GAS	27M3	2.570,50	0,00	69.403,50
FIJO	1UN	4.182,00	0,00	4.182,00
AJUSTE DECENA	1UN	-4,50	0,00	-4,50
RECAUDO TERCEROS Coosepark Proic.	0	25.649,00	0,00	25.649,00
Reconexion por pago residencial-py	1UN	71.000,00	0,00	71.000,00

1 – Total $170.230,00

Tus últimas consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Dias de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
19 Nov. 2025	7739	REAL
17 Dic. 2025	7774	REAL

Consumo= 7774 - 7739 * Factor de corrección = 27

Tu próxima lectura será: Entre 14 y el 19 de Enero

Novedades de su factura

Estimado cliente recuerde que tiene entre Ago/2025 y el 31/01/2026 para realizar la Revision Periodica. Se suspendera el servicio a partir del 01/02/2026 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revision y evite la suspension (Res. CREG 059/2012)

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

Periodo Periódico de Declaración

Abastecimiento Periódico Periódico Obligatorio

31 Ene. 2026

La revisión de la instalación interna de su inmueble, tendrá vigencia de los términos establecidos en la regulación vigente Resoluciones CREG de 2012 y 4288 de 2017

Información en SPO aquí

Tarifas

Evite pagar más que este mes se 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: 2570.5
Pr: 65.09	Dm: 0.0	Cdm: 4182.0	Comm: 2570.5
Com: 0.0	Pcom: 42.512	CAUP: 0.0	CAUNR: 0.0

Subsidio/Aumento en m³ cargo equivale: 319

Tarifa al m³ antes de Dcto: $230.679

Factor de corrección

Vm: 35	Kd: 0.76766	Pz: 1.00624	Pz: 0.77253		
Fc: 27	Tm: 13.74	Tz: 15.56	Pz: 1.01008		
Pz: 0.752	Pm: 0.0234	P Pz: 1.0			

Factor de corrección: 0.77253

Participación de calidad

PCT: 100.0	CSS: 0.0	Cc: 100.0	PS: 100.0





Pagado 05 Enero x Daviplata

2 – Total $0,00

3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 = 3 $170.230,0

Pague por

Escanee el código QR

(415)7709998026025(8020)61054052(3900)00000000170230



Factura No. F1587260012541

36990

C4

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

HC: 122	MICROCHIP: S Expiry-Date:2030/09/02 900255003225026		FECHA: 25-01-26
ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X			

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pelusa Rodriguez			COLOR: Gris ceniza
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA MESTIZO EDAD 5A	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: Omar Rodriguez García	DIRECCION Cl 86B N° 94L 70	TELEFONO 3782304262
CEDULA: 9535805	CORREO ELECTRÓNICO: jubaljosue1979@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/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: 128 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 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	0,2 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 Medica Veterinaria MSc	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	T.P. 9743	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso 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: 95385805

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


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

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500116-45150818-M-0009535805-20060824 05387 06238A 02 192690511

LA VIDA FLUYE EN DOS FORMAS:

El Acueducto de Bogotá y el FAV Bogotá
te invitan a que dejes fluir la
cultura por los saldos

Presenta esta factura y desbloquea un
10% de descuento
para vivir la magia de las artes vivas
en las boleterías del Gran Teatro y Cultura
Cámbiate a la factura
Virtual de la EAAB

Cuenta contrato 10413283
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 42795372319
Número de esta factura de servicios públicos

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

aseo

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

BOGOTÁ 901144843-9

Datos del usuario

Tipo de producto: RESIDENCIAL | Estrato: 2

Und. Res. Ocupada:	3	Und. No Res. Ocupada:	1	Densidad	0.200
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.13
Frecuencia Barrido:	03	Frecuencia Recolección:	05	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT:	145.187,36	Costo Variable no aprovechables	62.721,52
Valor Base aprovechamiento	154.680,98		

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Recolección del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000

Efectivamente aprovechables: 0.0656
Residuos no aprovechables | Aforados - no aforados: 0.0266

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$237.076	$226.394	$234.030	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$218.266	Ajuste a la decena -debio-	$5
Aseo pequeño productor	$68.171		
Subsidio	$82.307-		
Aporte	$34.085		

Subsidio (-)	30%	Valor Aseo	$233.220
Aporte (+)	50%	Total liquidación del periodo	$233.220
Interesmora - deuda total		*Ajuste por Aproximación a la Decena Anterior	

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
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: 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 115 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 28m³

29 28 28 28

ABR-JUN	JUN-AGO	AGO-OCT	ÚLTIMO CONSUMO
$168.741	$161.200	$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 periodo	Promedio al día
28.000	467

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	5008	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	4980	Base promedio	
Tu consumo este periodo	28	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	SERCONTA	Tipo	VELOCIMETRICO
Serie	[illegible]	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

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

Tu cobro en este período

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros		Aseo		Escanea y paga virtual
$83.450,00	+	$82.074,54	+	$26.881-	+	$233.220	=	
A		B		C D E F		G		

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

Consulta el detalle atras

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

Total a pagar $371.864

Ingresos del periodo

Valor que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el periodo actual

(Código Único de Documento Electrónico): 0afdb37fab6ba0485ddaf72cd9987b9ca178bc0116e360cb9e231c90b3165e400e512921e3f19cc33ecee8c19e67525c3

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	%	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Tipo residencial (m³)	2,00	$9.795,62					
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.734,17		-40	$7.837-	$5.877,32	$11.754,64
Suscriptor residencial suprabásico (m³)	6,00	$3.734,17		-40	$32.861-	$2.240,50	$48.290,74
Tipo no residencial (m³)					$0	$3.734,17	$22.405,02
Consumo no residencial (m³)							
Total					$40.698-		$83.450,00

*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 %.

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	%	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Tipo residencial (m³)	2,00	$4.656,05		-40	$3.725	$2.793,63	$5.587,10
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.983,73		-40	$35.057-	$2.390,24	$52.585,06
Suscriptor residencial suprabásico (m³)	6,00	$3.983,73			$0	$3.983,73	$23.902,38
Tipo no residencial (m³)							
Consumo no residencial (m³)							
Total					$38.782-		$82.074,54

Pasos ambientales

Los valores ya están incluidos

	Tarifa consumo básico ($/m³)	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Consumo residencial básico	Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$18,93	$54,34
Superior a básico, ley 99 de 1993	Total por consumo facturado	$0,00	$0,00
		$416	$1.415

Otros conceptos

Concepto	Valor
Tarifa a la decena	$5
Ajuste min. vital total	$26.886-
Total	26.881-

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	

Paga en la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Consulta descuentos y beneficios de alcantarillado en www.acueducto.com.co/servicios/costos

LA EAAB-ESP SERVICIO PÚBLICO DOMICILIARIO DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO Agencias Cercanas: Cajicá, Chía, Cota, Facatativá, Funza, Fusagasugá, Girardot, Madrid, Mosquera, Soacha, Sopó, Tabio, Tenjo, Tocancipá, Zipaquirá. Bogotá, Colombia, Sur América

Aseo
Valor a pagar
233.220

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

Si paga con cheque, gírar los cheques únicamente de gerencia a nombre de la EAAB-ESP NIT 899 999 094-1 y endosar cada uno con el número de cuenta contrato, indicando cual corresponda al valor de acueducto y cual al valor de aseo.

(415)7707203469990(8020)427053723193(3900)0000000233220

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
138.644

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

Señor cajero: Si con 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)7707203469927(8020)427053723193(3900)0000000138644

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

HC	MICROCHIP: SI 900255003225251	FECHA:
123		25-01-26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
ARES		Gris

ESPECIE: CANINO__ FELINO_X	SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 3A	PESO: 5.3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO 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
Rosmary Rodriguez Suarez	KR 92A 76-66	3045591407

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
52561545	rosmaryr935@gmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
Paris	3	

ESCOLARIDAD:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_
Bachiller	

3. ANAMNESIS

Buen estado Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
NA	10-25	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:	l/m	F. RESPIRATORIA:	r/m	TEMPERATURA:	°c	TLLC	seg	MUCOSAS:
128		32		38,7		2		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.)	0,5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anastesiólogo), 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 Carola Rodriguez G Médica Veterinaria MP T.P. 57215	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:
Roomary Rodriguez Juarez	52561545

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo, R_____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 **52.561.545**

RODRIGUEZ SUAREZ

APELLIDOS

ROSMARY

NOMBRES

Rosmery Rodriguez Suarez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-DIC-1972**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-MAR-1992 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00208810-F-0052561545-20100113 0019899878A 5 1380100311

calle 89 # 95D-87

Bogotá

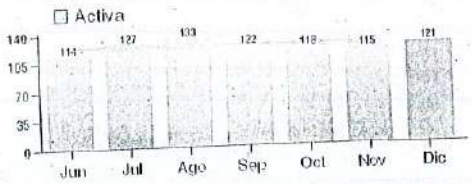
0598509-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 378907475-5

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 830.032.976-9
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

MARIA BRICEIDA SUAREZ LOPEZ
KR 92 A NO 76 66
- BOGOTA, D.C. - PARIS .

20 507 5799 / 72028554



VALOR kWh APLICADO
$800,09

CONSUMO DIARIO:
3,90 kWh

VALOR DIARIO:
$2.654

PERÍODO FACTURADO:
26 NOV/2025 A 26 DIC/2025

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES
121 kWh



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005205075799
RUTA LECTURA:	35205140459
MANZANA DE LECTURA:	MS00561927
MEDIDOR NO:	72028554
SUBCLASE:	Básica

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Cuentas)

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

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

Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

601 514 00000 desde celular

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 facturas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y no afecta tus consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art 150).

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

G: $286,95 T: $53,30 D: $29,84 CV: $78,01 PR: $90,82 R: $28,15 CF: $0,00 / $800,09 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CIRCUITO: BL2345611 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.01 por Int. Somos autorretenedores Según Resolución No. 0517 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, 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 0091 de 10 de diciembre de 2020

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 015/011 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 Cibanzal, 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 cobro que realicen los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirígenos 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 cumplimiento de la Ley 1480 de 2011 y la Ley 1581 de 2012, ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. informa que los datos personales de sus clientes y usuarios son tratados de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales disponible en www.enel.com.co

FECHA GENERACIÓN:
30/12/2025 00:49:44
FECHA EXPEDICIÓN:
30/12/2025 15:14:18

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturador - NIT 890.321.151-0
Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.036.601-9

CUDE: 594cd34a21a4ae901e6c83cbb67ab8a2590b7d8bbcc555151b563da3b2a3c85d9860ed313a4566832dcb61ta1f1df

13 ENE /2026

15 ENE/2026

$82.750

$43.200

$125.950

0598509-9

26 ENE /2026

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

ENERGIA ACTIVA FP	50.449	50.328	121	1	121	121	$800,09	$96.810	
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$291,84	$0	
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh X		Valor kWh $800,0962	X	Beneficio -15,00 %		SUBTOTAL:	-$11.522	
								$82.288	

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2.651 DIARIOS

Ajustes a la decena		$2
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA		$540
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA		$ 80
	SUBTOTAL:	$462
		$82.750

Asistencia Protección Luz 360 $43.200

$43.200

Tenga 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 $100.863

Empiece a pagar desde hoy con Crédito Fácil COOENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas estarán 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 inicia 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.

áctanos por nuestro canal oficial al **316 090 6003**.
ha te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

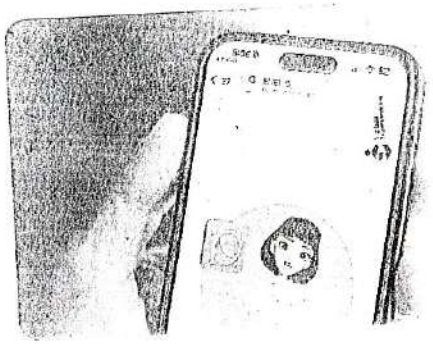
imento de hacer tu reporte:

jita la opción número 2

n a la mano tu número de cuenta / cliente

ial recibirás un caso para hacer seguimiento.

olombia S.A. ESP, Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.



NÚMERO DE CLIENTE
0598509-9

Documento Equivalente Electrónico No.
378907475-5

(415)7707209914253(8020)0105985099378907475 5(3900)00000000125950

PAGO OPORTUNO
13 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$125.950

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

HC: 124	MICROCHIP: SI 900255003225244	FECHA: 25-01-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Simba			COLOR: Blanco - café	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 6m	PESO: 4,1 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: Estefania Tellez Vega	DIRECCION Cl 64c 97A 22	TELEFONO 3104944846
CEDULA: 1002691226	CORREO ELECTRÓNICO: stefani.tellez17@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Los Angeles / 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:
NA	10-2025	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. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 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
	Morfina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,15 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. Médica Veterinaria CPS T.P. 9743	FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL			
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL			

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Estefania Tellez	1006917116

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 **1.002.691.226**

TELLEZ VEGA

APELLIDOS

ESTEFANIA

NOMBRES

Estefania T.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **04-ENE-2003**

PUERTO BOYACA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**O-**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-ENE-2021 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01245250-F-1002691226-20210715 **0074**959548A 1 9915874607

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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: **6273860-1**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379268998-7

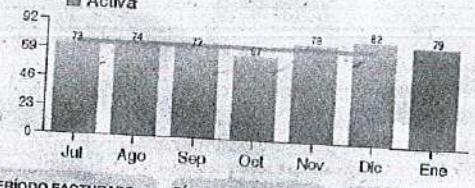
CLIENTE

NIBARDO ENRIQUE MALAGON ACHURY
CL 64 C NO 97 A 22 PI 3
PISO 3
BOGOTA, D.C. - LOS A.NGELES

02 517 0851 / 295492

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $800,09

CONSUMO DIARIO: 2,63 kWh

VALOR DIARIO: $1.791

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

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 79 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 74 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.



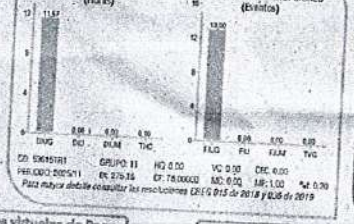
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005025170851
RUTA LECTURA:	3502160626
MANZANA DE LECTURA:	MS00562363
MEDIDOR NO:	295492
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 5361581 GRUPO: 11 HQ: 0,00 VC: 0,00 DEC: 0,00
PER.CDO: 202511 CF: 278,16 CF: 78,000000 MC: 0,00 MF: 1,00 %f: 0,00

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 016 de 2019

CONTÁCTANOS

Tráfitos y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
318 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
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 6140065 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: daviplata, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, El Reval, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel Ordenamiento Chía, Girardot y Fontibón

Código QR

Almacenes de Cadena: Jumbo

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2025
G: $258,99 T: $53,50 D: $294,68 CV: $78,01 PR: $58,52 R: $28,15 CF: $0,00 / $890,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: FI24-0301TRI - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ciento, Somos autorretenedores según Resolución No. 0542 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 0051 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

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

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

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

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



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

FECHA GENERACIÓN: 03/01/2026 01:20:23
FECHA EXPEDICIÓN: 03/01/2026 17:53:11

CUDE: 00daab872ac92e79dcc504dce06bbd540576a926bb2714471b0e2f83c93cc128fa63eb0c55b6b6376a2d9970ba874b10

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.912-8.

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CEVFinanciero - NIT 830.121.191-0

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$54.000		$0		$54.000	14 ENE /2026	16 ENE/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 6273860-1 | 29 ENE /2026

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de Lecturas	×	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA TP	9.685		9.606		79		1		79	79		$800.09		$63.207
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$294.84		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh X				Valor kWh $800.0802	X			Beneficio -15.00 %					$9.481
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.791 DIARIOS												SUBTOTAL:		$53.726

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$3
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$320
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-49
SUBTOTAL:	$274

1 TOTAL ENERGÍA: $54.000

Otros cobros de productos y servicios

enelx

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y alea

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: 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
6273860-1

Documento Equivalente Electrónico No.
379268998-7

(415)770720991425 3(8020)016273860137926899 87(3900)000000000054000

PAGO OPORTUNO
14 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$54.000

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

HC	MICROCHIP: SI 900255003225021	FECHA:
125		25-01-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milo			COLOR: Negro
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1A	PESO: 5,2 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: Hector Stevan Niño Moñeton	DIRECCION Cl 83 95-29	TELEFONO 3132609737
CEDULA: 1026549523	CORREO ELECTRÓNICO: Stevannmo7@gmail.com	
BARRIO O VEREDA bochica	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
NA	12/25	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: 178 l/m	F. RESPIRATORIA: 34 r/m	TEMPERATURA: 38,3 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
	Ketopira	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO	Gina Paola Rodriguez Medica Veterinaria ASc T.P. 9745	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Monso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL		

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Nelson Nino	1026594523.

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 **1.026.599.523**
NIÑO MUÑETON

APELLIDOS
HECTOR STEVAN

NOMBRES
Esteban Niño

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-NOV-1999**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

10-NOV-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01215105-M-1026599523-20210215 **0073431191A 1** 9914686772

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE



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



vanti

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

¡Ahórrate el incremento de tarifa del 2026!

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

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú* · Bancamía · BBVA* · Scotiabank Colpatria* · Banco AV Villas* · GNB Sudameris · Bancolombia* · Banco Falabella · Banco Pichincha* · Banco Caja Social* · Nequi · Davivienda* · 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.

CARYAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 800.096.812-8 704627082025 VANTI

Si te suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se reinstale, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y de antelación 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 referente 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!

MARIA JACOBA ORTEGON
CL 83 95 29 107 - BOCHICA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077198-144390

Lote: P04GN Ruta: 0011460080069805000 Código del Sector: 344

Cuenta o referencia de pago 60716461

vanti LISTO

Cotiza tu cupo, solicítalo y, si es aprobado, paga tu factura en cuotas sin tarjeta de crédito

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.

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

C1

Powered by CamScanner

Factura de gas

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago **60716461**

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
23 Ene. 2026	24 Ene. 2026	Dic. - Ene. 2025	10 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	9M3	2.899,74	0,00	26.097,66
MENOS SUBSIDIO (32%)	1UN	-8.442,59	0,00	-8.442,59
AJUSTE DECENA	1UN	4,93	0,00	4,93

1 — Total $17.660,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

3 — Valor facturas vencidas

$0,00

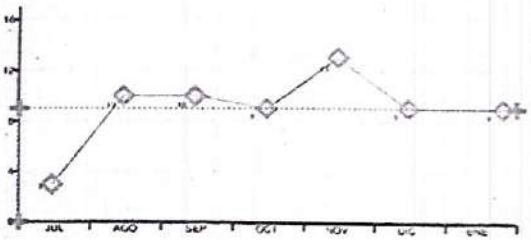
Total a pagar (1 + 2 + 3)

$17.660,0

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Dos Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
05 Dic. 2025	8464	REAL
07 Ene. 2026	8476	REAL

m³ corregido= 8476 - 8464 * Factor de corrección = 9

Tu próxima lectura será

Entre 02 y el 07 de Febrero

Novedades de tu factura

CuVa $ 2543.69

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

(415)7709998026025(8020)60716461(3900)00000000017660

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Dic. 2028

La revisión de la instalación interna en su responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente. *Resoluciones 059 de 2017 y 41 385 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

Cm: 1335.32	Tm: 549.31	Dm: 564.74	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: 106 kWh y el precio unitario del kWh es: $166.557

Factor de corrección

Vm: 12	Kp: 0.76923	Kt: 1.00645	Pt: 0.77122
Vc: 9	Tm: 13.71	Tc: 15.56	Pm: 1.01008
Pa: 0.751	Pm: 0.023	Pf pv: 1.0	

Factor de corrección: 0.77122

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 CI: 100.0 IPct: 100.0





Powered by CamScanner

Somos gran contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27 2024 Retenedor de IVA Autorretenedores Resolución No 859 del 17 JUL 1998 Autorización de Numeración de Facturación Vía Formulario 18 16401 del 31 03 2025 Facturación electrónica desde N° 5000001 hasta 15000000 con vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 2 11001000 6 VANTI S.A. ESP NIT 800 007 813 5 Revisor Fiscal Deloitte & Touche S A S Establecimiento gratuito exclusivo Art 130 de la ley 142 de 1994 Consejo Nacional de Servicios S A S NIT 800 251 151 0

73690 C1 Factura No F150739378

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

HC: 126	MICROCHIP: SI 900255003225024	FECHA: 25 01 26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mechi			COLOR: Blanco - Negro
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1 2m	PESO: 4.5 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___CONCENTRADO X MIXTO OTRO___

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO X COMPRADO___ADOPTADO___REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jonan Mauricio Ortega Garzón	DIRECCION CL 81 115-20	TELEFONO 3143961816
CEDULA: 1014256542	CORREO ELECTRÓNICO: jog266@gmail.com	
BARRIO O VEREDA El Cortijo / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA_APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

ULT. CELO: NA	ULT. DESPARASITACIÓN: 01-26	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: 01-25 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: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 174 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 38.7 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	1,3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO	Valentina Alonso Forero	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO		FIRMA
TARJETA PROFESIONAL		

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1074256542

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 1.014.256.542
ORTEGA GARZON
APELLIDOS
JONAN MAURICIO
NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 28-JUL-1994
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

30-JUL-2012 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00395067-M-1014256542-20120827 0030914746A 1 38490039

enel Bogotá

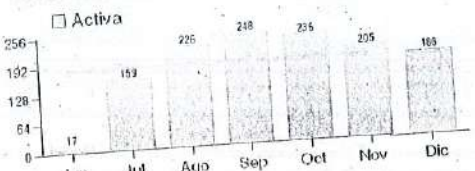
0591687-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 370501246-9

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

HUMBERTO J JIMENEZ
CL 81 NO 115- 20 BQ 4 AP 308
BL 4 APTO 308
BOGOTA, D.C. - EL CORTIJO

06 701 5391 / 4126073



VALOR kWh APLICADO
$800,09

CONSUMO DIARIO:
6,20 kWh

VALOR DIARIO:
$4.440

PERÍODO FACTURADO:
05 NOV/2025 A 04 DIC/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES
186 kWh



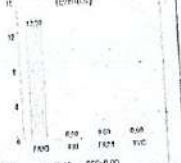
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007067015391
RUTA LECTURA:	37067081176
MANZANA DE LECTURA:	MS00563405
MEDIDOR NO:	4126073
SUBCLASE:	Básica

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)



FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Unidades)

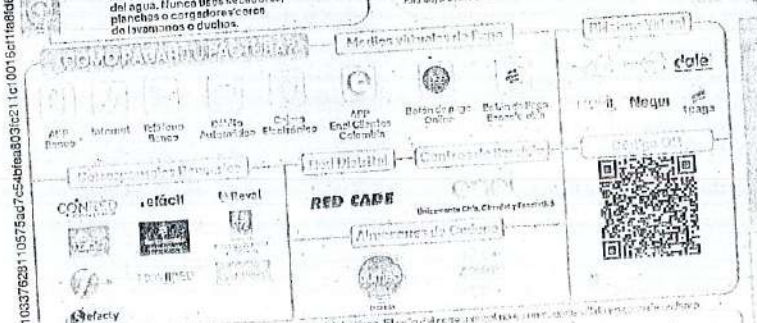


CD: 11.180.181 GRUPO: 11 IEC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/10 DI: 215,15 CF: 226,00000 IIC: 0,00 CIE: 1,00 SA: 0,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 035 de 2019

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

Trámites y peticiones: enelcomunica.co/personasAtEsistencia
Chat de servicio en: enelcomunica.co/personas/chat-de-atencion
326 050 6003 (Elena Bot o pasa 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 5 460055
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 GWC CEN:Finanzero - NIT 900.321.151-0





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

G: $286,08 T: 553,30 D: $29,01 CV: $78,01 PR: $50,02 R: $28,65 OR: $0,00 / $800,09 Costo kWh Mes

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

G: $286,08 T: 553,30 D: $29,01 CV: $78,01 PR: $50,02 R: $28,65 OR: $0,00 / $800,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BOG11121101 - 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 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 9064 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 previo el derecho efectivo 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.

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 (Empresas 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 para cada Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 10/12/2025 01:13:31
FECHA EXPEDICIÓN: 10/12/2025 18:59:09

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S. NIT 830.095.642-2

CUDE: f837a386a43acd45cd3a5c027100376291105f5ad7c54bfeea803fc211cf0016af1fa8fd6a6f255b122999ea4665b1cc2

19 DIC /2025

$133.210	$0	$133.210	23 DIC/2025

0591687-2 — 05 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGIA ACTIVA FP	75.273	75.087	186	1	186	186	$900.09	$148.816	
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$294.64	$0	
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X		Valor kWh $800.0882	X	Beneficio -15.00 %			$15.602	
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $4.439 DIARIOS							SUBTOTAL:	$133.214	

Ajustes a la decena

SUBTOTAL: $-4 $-4

$133.210

$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 suspendería el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.863

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

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

Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

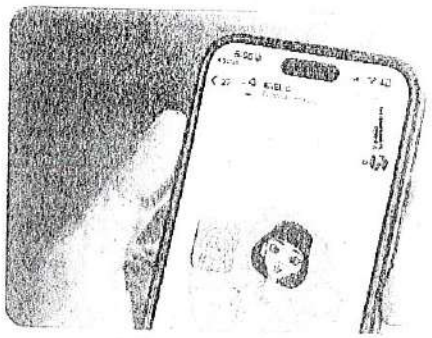
Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

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
0591687-2

Documento Equivalente Electrónico No.
376501246-9

(415)7707209914253(8020)0105916872376501246 9(3900)0000000133210

PAGO OPORTUNO
19 DIC /2025

TOTAL A PAGAR
$133.210

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

HC: 127	MICROCHIP: SI 900255003219226		FECHA: 25-01-26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tigger			COLOR: Tabby amarillo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 10m	PESO: 3.7 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___	

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO___ ADOPTADO ___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Estefani Marcela Madrid Arias	DIRECCION CL89 N°95B-08BQ	TELEFONO 3027894797
CEDULA: 1.014.265.468	CORREO ELECTRÓNICO: estefanimarcela073@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Ciudad Bachue 1 / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
128 l/m	34 r/m	38,3 °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.)	0,4 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 Maria Rodriguez G. Medico Veterinaria CPS T.P. 9743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41248	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:
Esteban M.	1014265468

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 1.014.265.468
MADRID ARIAS
APELLIDOS
ESTEFANI MARCELA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-MAY-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
16-MAY-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

P-1500150-00444703-F-1014265468-20130703 0033859003A 2 39282016

enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0629645-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379620664-9

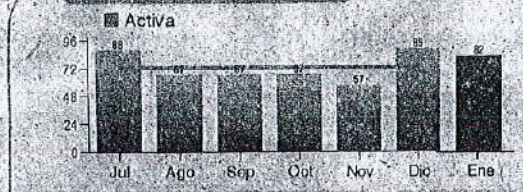
CLIENTE

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

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

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES: 82 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 73 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.



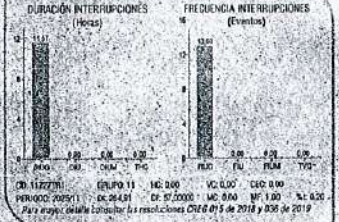
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	
RUTA REPARTO:	3000704701020 6
RUTA LECTURA:	37047190110
MANZANA DE LECTURA:	MS00563151
MEDIDOR NO:	1042100
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

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

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

318 890 8003 (Elena Bot o pasa Asesor)

Enel Colombia @EnelColombiaCO

Registrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

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

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

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

Corresponsales Bancarios: CONRED, Efecty, Reval, TODO1, MOVIRED, PUNTORED, Supergiros

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Olímpica

Código QR

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

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

G: $297,05 T: $54,14 D: $289,66 CV: $75,80 PR: $59,75 R: $18,70 CF: $0,00 / $785,09 Costo kWh Mes

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



En esta factura verás 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 01:44:03
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 16:30:12

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL13-11227TR1 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 9514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos a fronteras 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 15011 consulte 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. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: 3cc52da8a7a9ed4e8ef16f1cd4331275f416516e9ab8e1d3544f3f1f15,20e3c4d7977d0d9727a9b006e131ed7c1a4047

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S&S NIT 800.096.815-8.

Proveedor tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S 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: 128	MICROCHIP: SI 900255003225086 Expiry-Date:2030/09/02		FECHA: 25/01/26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tigre			COLOR: Atigrado	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 7m	PESO: 2.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Alberto Palacio Vargas	DIRECCION Kr 111c Nº 80-20	TELEFONO 3183143224
CEDULA: 19.451.346	CORREO ELECTRÓNICO: carpalvar1961@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Ciudadela Colsubsidio / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Secundaria NS/NR	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buen estado Salud.

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
128 l/m	34 r/m	38,5 ºc	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACIÓN

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO	Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P.9745	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL		

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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: 1947134621

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 19.451.346
PALACIO VARGAS
APELLIDOS
CARLOS ALBERTO
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-JUL-1961
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-NOV-1979 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00245099-M-0019451346-20100717 0022819580A 1 1070757140

Bogotá

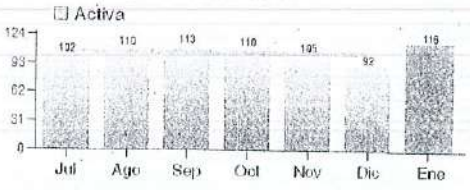
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860 063 875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

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

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



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30007067057877
RUTA LECTURA:	37057130414
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.

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

Línea de atención
316 890 6003 (Elena Bot o para Asesor)
Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115
115 Gratuito las 24 horas
601 5140055 desde celulares
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

FORMAS DE PAGAR TU FACTURA

Medios Virtuales de Pago
APP Bancos · Internet · Pulifono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online · Botón de Pago Bancolombia
Billeteras Virtuales
dale · NOVU · Nequi · tpaga
Corresponsales Bancarios
CONVIAN · efácil · EfReval · MOVII-RED · efecty
Red Digital
RED CADE
Centros de Servicio
Código de Barras
Almacenes de Cadena

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



d8a9c9e2e46d0729393cea5d5a1adb82aa02ba445976311fc099e73cccd4221760d3146de

Proveedor Tecnológico: Canvas Tecnología y Servicios SAS BIC · Número del SIN: ÓENFinanciera · NIT 830.221.131-0

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	46.312	46.312	116	1	116	116	$285.09	$91.070
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$289.68	$0
SUBSIDIO		Consumo básico de 130.00 kWh	X	Valor kWh $785.0883	X	Beneficio 15.00 %		$13.661

ESTE MES LA ENERGIA QUE OPERA FUE TE COSTO $2.419 DIARIOS

SUBTOTAL: $77.409

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

SUBTOTAL: $401

Mun. Civil Sentencia
CAJERO MAYOR
$-70
ST 22 ENE 2026 4795
SUBSIDIADO

$77.810 **$405.520**

Tenga 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 actos particulares de la Empresa, 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, estas estarán 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.

GENERADO CON BASE EN [illegible] para el consumo de subsistencia (0 - 130 kWh/mes) es de 15.00 %

Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

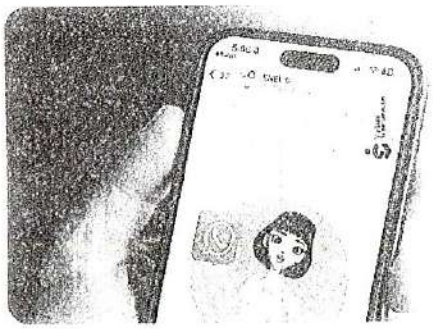
Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

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.

Gas Combustible S.A. ESP. Vigilada y controlada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.



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

HC: 129	MICROCHIP: 900255003225601		FECHA: 25 01 26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pepe			COLOR: Blanco/ Pardo
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 13M	PESO: 4.8 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: Mario Elena Salcedo De Perea	DIRECCION KR 87 87-41	TELEFONO 3023733443
CEDULA: 41585980	CORREO ELECTRÓNICO: mariaelenasalcedo45@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Los Cerezos / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: NOVENO NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO_ RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
132 l/m	26 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.)	0,5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO	Dra Ingrid A Yepes C.	FIRMA Ingrid A Yepes C
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICO VETERINARIO U.A.N T.P 29640	
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:
María Elena Salcedo	41585980

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 ORGANISMO ☐ 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 **41.585.980**

SALCEDO De PEREA

APELLIDOS

MARIA ELENA

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **26-ENE-1953**

RONCESVALLES
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-AGO-1974 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00754070-F-0041585980-20151007 0046844501A 1 1363584007

Componentes de tarifas

Costo Flo Total CFT.	36.298,84	Costo variable no aprovechables	17.537,80	Valor base aprovechamiento	154.680,98
Frecuencia Barrido:	03	Frecuencia Recolección:	03	%Participación	0.000%
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.00
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0.000
Tipo de producto	RESIDENCIAL			Estrato	3

Datos del usuario

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

BOGOTÁ 901144843-9

Cuenta contrato 10113303
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 42123406516
Número de esta factura de servicios públicos

aseo

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

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

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

La tarifa incluye subsidio o aporte*

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$73.467	Intereś mora	$24
Subsidio	$11.020-	Ajuste a la decena -credito-	$1-

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$62.470
Aporte (+)	00%	Total ingresos del periodo	$62.470
Informativo - deuda total		Ingreso 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
Responsabilidades fiscales del emisor: Gran contribuyente, Autorretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: F2 RUTA: F22233C BIMESTRAL

10113303
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42123406516
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 07:05:28	ENE/08/2026 12:06:37

¡Hola!

Factura a nombre de
ABRAHAM PEREA SALCEDO

Dirección del predio
KR 87 87 41

Barrio: LOS CEREZOS **Localidad: ENGATIVA**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA **Tipo** VELO015C
Serie 05015IB081612 **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 890.930.554-0

Tu consumo en este período

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

16	16	17	17
ABR-JUN $126.118	JUN-AGO $126.103	AGO-OCT $136.074	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	Promedio al día
17.000	283

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	4988	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	4971	Base promedio	
Tu consumo este período	17	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	IBERCONTA	Tipo	VELO015C
Serie	05015IB081612	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
$70.611,13		$65.479,51		$318		$62.470
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** $198.880

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 883432b88c7da5d6684016f45c00e57b51ca4f74748724215290eccea9e8197681b4d9f931a6dc9736e6a625ac244d03

Detalle de tu consumo este bimestre

	A Acueducto							B Alcantarillado						
	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)		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		2,00	$4.656,05	-15	$1.397-	$3.957,64	$7.915,10	
Consumo residencial básico (m³)	17,00	$3.734,17	-15	$9.522-	$3.174,05	$53.958,89		17,00	$3.983,73	-15	$10.159-	$3.386,17	$57.564,41	
Consumo residencial superior básico (m³)	.							.						
Cargo fijo no residencial (mes)	.							.						
Consumo no residencial (m³)	.							.						
Subtotal				$12.461-		$70.611,13					$11.556-		$65.479,51	

* 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	$456	$1.550

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales. (12 m³ por cada período facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Acuerdo 922 de 2024)

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$2-
I-Intereses de mora	$320
Subtotal	318

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

---

Aseo
Valor a pagar
$62.470

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)7707200488996(8020)421234085165(3900)000000062470

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$136.410

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

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS 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: 130	MICROCHIP: SI — Expiry-Date:2030/09/02 — 900255003225643		FECHA: 25-07-26.

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: TOKITO				COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA MESTIZO	EDAD 6M.	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: Leo Carlos Andrade Jimenez	DIRECCION Cl 74B - 120B - 11	TELEFONO 3502426480
CEDULA: 1015 421 015	CORREO ELECTRÓNICO: lucho-0191@hotmail.com.	
BARRIO O VEREDA Villas de Alcala — ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Profesional — TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m	F. RESPIRATORIA: 23 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
	Ahopira	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 exámanes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO	Dra Ingrid A Yepes C.	FIRMA	Ingrid A Yepes C
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICO VETERINARIO U.A.N T.P. 29640		
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: 10/5/2015

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 LA DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.015.421.015
ANDRADE JIMENEZ
APELLIDOS
LUIS CARLOS
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 11-ENE-1991
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
14 ENE-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-1500150-00161654-M-1015421015-20090707
0013164969A 1
28713027

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: **3649346-3**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379591486-4

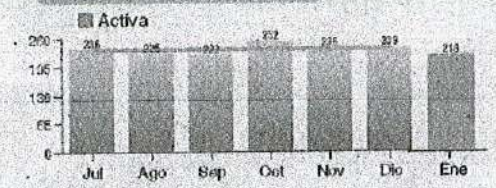
CLIENTE

DORIS FLOREZ
CL 74 B NO 120 B 11
BOGOTA, D.C. - VILLAS DE ALCALA.

04 502 1121 / 2939804

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $785,09

CONSUMO DIARIO: 7,09 kWh

VALOR DIARIO: $4.262

PERÍODO FACTURADO: 03 DIC/2025 A 02 ENE/2026
DÍAS FACTURADOS: 31
CONSUMO MES 218 kWh

Si deseas tu factura virtual, escribe a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO (Sin espacio entre cada dígito) al 3135000115

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

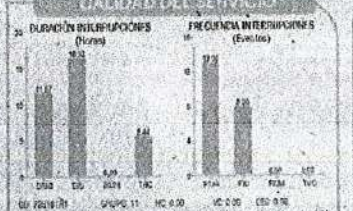
Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005045021121
RUTA LECTURA:	35045040589
MANZANA DE LECTURA:	MS5F564774
MEDIDOR NO:	2939804
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/tramites.html
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
316 690 5003 (Sólo Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelColombiaCO
Registrate gratis
Sucursal virtual de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA NO REPORTE DE CLIENTE	EMERGENCIAS	CONTACTO
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140055 defensorial@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, Taquilla Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Daviplata, Cobre, daviplata, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONFECOOP, efecty, Efecty, MOVIRED, Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Alkosto, Makro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante de pago y el sello del corresponsal no exigir soporte valido en caso de reclamo

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2025
G: $267,65 T: $54,14 D: $200,05 CV: $75,50 FR: $69,75 R: $15,70 CF: $0,00 / $785,00 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 6 meses, por una única vez y no afecta tus consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art 150).

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL21-72818011 - - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD, Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 (en el). Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Dentro 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 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 2003
Sobre el acto de presentación presente el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG 011 expedir 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 acuedo 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 terceros, por favor dirigirse a los canales de atención definido 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. Vigilada vigilancia por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 06/01/2026 02:11:00
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 17:16:59

CUDE: d8fb70cdad6c0cd6a37e70a8091d3e9ce02cb7755d1444a941b6dbc252290a0a3725b4270cb77b773a3b727e1ec99c

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-6

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.069.052-8

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO 16 ENE /2026
$132.920		$48.600		$181.520	FECHA DE SUSPENSIÓN 20 ENE/2026

ENERGÍA | No. de Cliente: 3649346-3 | Fecha de Expedición: 02 FEB /2026

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

CALCULO CONSUMO DE ENERGIA	Lectura Actual	-	Lectura Anterior	=	Diferencia de Lecturas	X	Factor	=	Energía Consumo kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor a Pagar
ENERGÍA ACTIVA TP	34 394		34 176		218		1		218	218		$785.09		$171 119
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$289.68		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh				Valor kWh $785.0863		X		Subsidio 38.24 %					-$39 030

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $4.262 DIARIOS — **SUBTOTAL: $132.119**

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$2
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$1.030
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-231
SUBTOTAL:	$801

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA $132.920

Otros cobros de productos y servicios

Asistencia Protección Luz 360	$27.500
COBRO SEGUROS	$21.100

enel x

Te invitamos a consultar el detalle de los productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o nuestra OFICINA VIRTUAL donde encontrarás el detalle en la sección Facturas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y gas — 2 TOTAL OTROS $48.600

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 $103.063

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil COMENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, acto 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.



Ojo ya Está pago
Por mi Negui.

NÚMERO DE CLIENTE
3649346-3

Documento Equivalente Electrónico No.
379591486-4

(415)7707209914253(8020)013649346337959 14864(3900)000000001 81520

PAGO OPORTUNO
16 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$181.520

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

HC	131	MICROCHIP: SI	900255003225645	FECHA: 25 01 26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Loqui			COLOR: Negro / Blanco
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 2A	PESO: 5. KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO OTRO__	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Estella Vargas Morales	DIRECCION CL 88A 92-04	TELEFONO 3209916738.
CEDULA: 52823906	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: N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: JUNIO/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: 176 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 38,7 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	1,2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2. ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO	Dra Ingrid J Yepes C	FIRMA	Ingrid J Yepes C
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICO VETERINARIO U.A.N T.P. 29649		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Muñoz Perera	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:
Luz Stella Vargas Morales	52.823906

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-0052823906-20060420 0185309109B 02 203494045

enel Bogotá

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

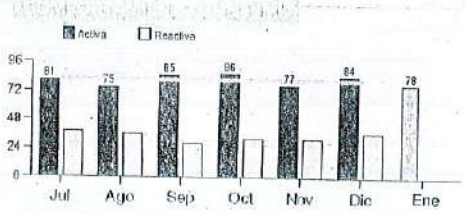
Para pagos y consultas
Número de factura

6705797-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379605723-6

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

04 704 0119 / 72080



VALOR kWh APLICADO
$765,09

CONSUMO DIARIO:
2,52 kWh

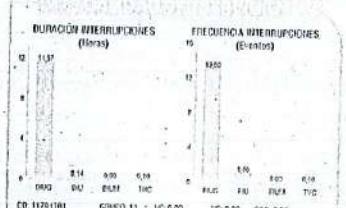
VALOR DIARIO:
$1.950

PERÍODO FACTURADO: 03 DIC/2025 A 02 ENE/2026
DÍAS FACTURADOS: 31
CONSUMO MES 78 kWh



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



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

CONTACTANOS

Trámites y solicitudes exclusivos por canales virtuales
Chat de servicio en enelcomercio.com/personas/chat-de-atencion
318 890 6003 (Elena Bot o pase Asesor)
Enel Colombia · @EnelServicioCO
Consultas y pagos
Zona privada de tu página Web
App Enel Clientes Colombia

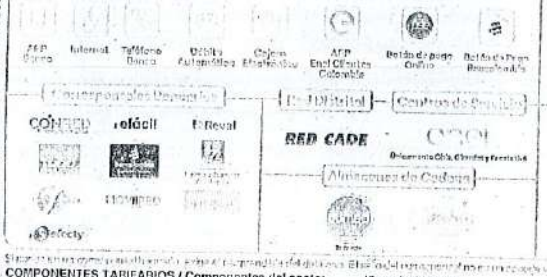
Bogotá, Sabana y Cundinamarca	Gratuito las 24 horas.	Resto del país
601 5 115 115	115	601 6140055

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 890.321.161-0

MEDIOS DE PAGO

Medios virtuales de Pago



Medios Virtuales de Pago



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2025
G: $287,05 T: $54,14 D: $289,66 CV: $75,60 PR: $59,75 R: $18,70 CF: $0,00 / $765,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BLM-11101 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.01 por ent. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 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 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, 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 dirígete 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. 860.063.875-6. 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 02:25:24
FECHA EXPEDICIÓN: 06/01/2026 17:09:09

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.060.642-2

CUDE: b1405b0402e059d6d1afaee980187b60cd1daaa9514d1855cfe68ad08c7c6db2f329174d20ab13d84977e1401716e2

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

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

ENERGIA ACTIVA FP	7.083	6.995	78	1	78	78	$785.09	$61.237	
ENERGIA REACTIVA	4.533	4.465	68	1	68	29	$269.66	$8.400	-$9.186
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 150.00 kWh X		Valor kWh $785.0883	X	Beneficio -15.00 %		SUBTOTAL:		$60.451

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.956 DIARIOS

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

Consumos y Otros Conceptos de energía $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 Dúbalo 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.

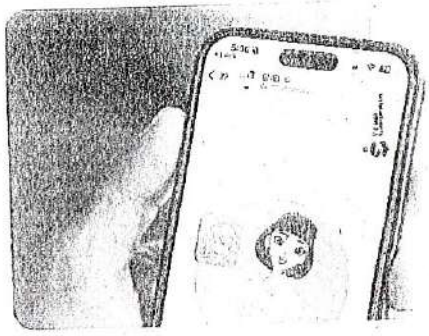
Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

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. Fiscalizada y gilsada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.



NÚMERO DE CLIENTE
6705797-7

ocumento Equivalente Electrónico No.
379605723-8

(415)7707209914253(8020)016705797737960572 38(3900)0000000000750

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

HC: 132	MICROCHIP: SI 900255003225100	FECHA: 25/01/26
ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X		

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Jazer			COLOR: Tabby - gris	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1año	PESO: 5 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO__
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___CONCENTRADO X MIXTO OTRO___	

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO___COMPRADO___ADOPTADO___REGALADO X PERRO DE CUADRA___OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan David Maecha Quiroga	DIRECCION Kr 94F Bis 86c-4	TELEFONO 3144606552
CEDULA: 1.014.222.973	CORREO ELECTRÓNICO: 3144606552@sincolico.com.	
BARRIO O VEREDA Quirigua	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buen estado

ULT. CELO: NA	ULT. DESPARASITACIÓN: NR	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: 132 l/m	F. RESPIRATORIA: 26 r/m	TEMPERATURA: 38,3 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	1,3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra Ingrid J Reyes C. MÉDICO VETERINARIO U.A.N T.P. 29540	FIRMA	Ingrid J Reyes C
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:
Juan David	1014222973

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 **1.014.222.973**

MAHECHA QUIROGA

APELLIDOS

JUAN DAVID

NOMBRES

Juan David Mahecha

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-MAY-1991**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-JUN-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00166274-M-1014222973-20090804 0014451259A 1 29043969

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

Enero - 5/26

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



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil y seguro que es pagarla

1 Mundo digital Vanti

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

Pagos débito bancario en otras entidades

Recuerda que puedes pagar las facturas de más de varios cuentas contrato mismo acto transacción

Escríbenos para pagar tu factura

Sancolombia

Nequi

dale

*Aplica - Debe estar inscripción débito automático.

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

2 Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Sanculombia Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies
Makro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo - Móvil: 164 ó 01 8000 919 052
01 8000 191 164

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

CAMARA SEGURIDAD S. COMERCIALIZADORA S.A.S. NIT. 830.077.[illegible]

¡Hola!

PEDRO ANTONIO MAHECHA
KR 64F DIS 96C 4 - QUIRIGUA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5157100-46921

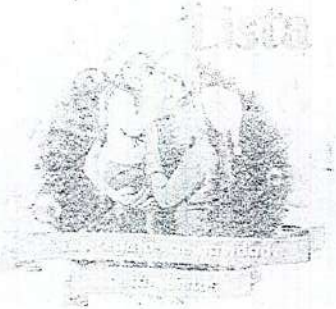
Lote: P13GN Ruta: 0011460143790005010 Código del Sector: 347

Cuenta o referencia de pago 60624209

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 5.300.000

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 48 cuotas a través de tu factura de gas natural.

Vence [illegible]

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) 646 6755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4166

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.

Diciembre 2025

5032420.0

Fechas importantes

Nov. - Dic. 2025

18 Dic. 2025

Conceptos facturados

INSUMO GAS	10M3	2,570.00	0.00	25,700.00
	1UN	4,182.00	0.00	4,182.00
ENTE DEFINA	1UN	3.00	0.00	3.00

$29,885.80

$0,00

Valor factura vencida

$0,00

$29,890.0

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Abr. 2027

Tarifas

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

12 Nov. 2025	1721	REAL		
17 Dic. 2025	1744	REAL		

Entre 14 y 18 días

(415)7709998020025(8020)80624209(3900)000000000029890

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

HC: 133	MICROCHIP: SI 900255003225022	FECHA: 25-01-26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Blue			COLOR: Gris	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 2A	PESO: 3.3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___		

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO___ COMPRADO X ADOPTADO ___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Hector Steven Niño Muñeton	DIRECCION CL 83 -95- 29	TELEFONO 3132209731
CEDULA: 1.026.599.523	CORREO ELECTRÓNICO: SIEBANM078gmail.com	
BARRIO O VEREDA Bochica	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Técnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buen estado Salud

ULT. CELO: NA	ULT. DESPARASITACIÓN: 12-25	ULT. VACUNACIÓN: NS/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: 130 l/m	F. RESPIRATORIA: 25 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	Dra Ingrid J Yepes C.	FIRMA Ingrid J Yepes C
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICO VETERINARIO U.A.N T.P. 39240	
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:
Esteban Niño	1026594523.

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 1.026.599.523
NIÑO MUÑETON

APELLIDOS
HECTOR STEVAN

NOMBRES
Esteban Niño

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-NOV-1999
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

10-NOV-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01215105-M-1026599523-20210215 0073431191A 1 9914686772

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE



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



vanti

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

¡Ahórrate el incremento de tarifa del 2026!

Publicidad a cargo de las empresas que conforman el Grupo Vanti. Campaña válida entre el 15/12/2025 y 16/01/2026. 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/RIPO

Mundo digital Vanti

Pago 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 · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

Si te suspendera el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que te impida el acceso al medidor o a la instalación interna y de artefactos de cortesía. 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 de la decisión. Sobre el contenido de la reciente 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!

MARIA JACOBA ORTEGON
CL 83 95 29 107 - BOCHICA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077198-144390

Lote: P04GN Ruta: 0011460080069805000 Código del Sector: 344

Cuenta o referencia de pago **60716461**

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: **$ 4.800.000**

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. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio financiero de financiación [illegible]

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://miportal.vanti.com.co/

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

C1

73690

Powered by CamScanner

Factura de gas

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago **60716461**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas d

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 23 Ene. 2026

2 — Fecha de suspensión: 24 Ene. 2026

3 — Periodo facturado: Dic. - Ene. 2025

4 — Emisión de tu factura: 10 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	9M3	2.899,74	0,00	26.097,66
MENOS SUBSIDIO (32%)	1UN	-8.442,59	0,00	-8.442,59
AJUSTE DECENA	1UN	4,93	0,00	4,93

1 — Total $17.660,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

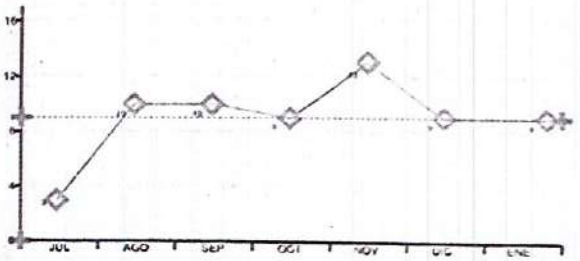
3 — Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar (1 + 2 + 3): $17.660,0

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
05 Dic. 2025	8464	REAL
07 Ene. 2026	8476	REAL

m³ corregido= 8476 - 8464 * Factor de corrección = 9

Tu próxima lectura será

Entre 02 y el 07 de Febrero

Novedades de tu factura

CuVa $ 2543.69

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

(415)7709998026025(8020)60716461(3900)00000000017660

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Dic. 2028

La revisión de la instalación interna en tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente.* *Resoluciones CRG de 2012 y 4185 de 2017

Ag tu F

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de

Oct. $2748 Nov. $2742 Dic. $257

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

Componentes tarifarios

Gm: 1336.32 Tm: 549.31 Dm: 564.74
Pr: 64.32 Cvm: 0.0 Cufm: 0.0
Com: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0

MJ/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 106 kWh y el precio unitario del kWh es: $166.557

Factor de corrección

Vm: 12 Kz: 0.76628 Kt: 1.00645 Pc
Vc: 9 Tm: 13.71 Te: 15.56 Pm
Pa: 0.751 Pm: 0.023 Fpv: 1.0
Factor de corrección: 0.77122

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0



NUESTROS EXPERTOS

Powered by CamS

Somos grandes contribuyentes Resolución 000090 Diciembre 27 2024 Retenedor de IVA Autorretenedores Resolución No. 4559 del 17 JUI 1996 Autorización de Numeración de Facturación No. Rango 1 al 9459126700 del 31 03 2025 Facturación electrónica desde N° 50000001 Para 100000000 con vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios Vanti S.A. ESP NIT 830 007 813 5 Régimen Tarifa Decreto 1 Tarifa 0 % Estampilla pro Hospitales Art 130 de la ley 1421 de 1994 Canal Financiero y Servicios S.A.S. BIC NIT 900.321.151-0

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
134	Expiry-Date: 2030/09/02 900255003225031	25-07-26.

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: ARES			COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 6M	PESO: 38 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: Teresa Isabel López Puerto	DIRECCION Cl B3 N° -95-34	TELEFONO 3023953353
CEDULA: 35.393396	CORREO ELECTRÓNICO: teresa1028@hotmail.com.	
BARRIO O VEREDA Bochica	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
NIA	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:
116 l/m	25 r/m	38.6 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 TARJETA PROFESIONAL	Dra Ingrid A Reyes C. MÉDICO VETERINARIO U.A.N TP 29240	FIRMA	Ingrid A Reyes C
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:
TERESA T LÓPEZ P	35.393.396

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 CÁUSA 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 **35.393.396**

LOPEZ PUERTO

APELLIDOS

TERESA ISABEL

NOMBRES

TERESA I LOPEZ P

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-MAR-1978**

CARTAGENA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

12-NOV-1997 MOSQUERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1516900-00896827-F-0035393396-20170412 0054945110A 2 9999538799

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860063875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

77435

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0593082-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 375800589-0

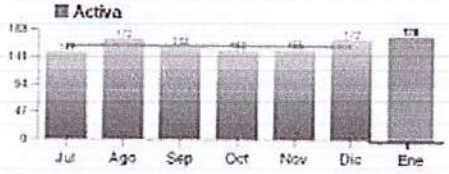
CLIENTE

MANUEL H BERNAL A
CL 83 NO 95 34 BG C1 AP 109
CD 2 APTO 109
BOGOTA D.C. - BOCHICA

05 704 7465 / 4113748

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO $785.09

CONSUMO DIARIO: 5.74 kWh

VALOR DIARIO: $4.014

PERÍODO FACTURADO: 04 DIC/2025 A 03 ENE/2026 | **DÍAS FACTURADOS:** 31 | **CONSUMO MES** 178 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

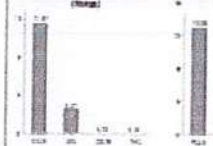
CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	11.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000706747446
RUTA LECTURA:	37067050552
MANZANA DE LECTURA:	MS00563215
MEDIDOR NO:	4113748
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA

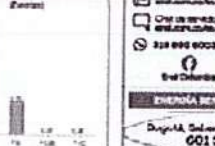
Revisa tus valores regularmente. Mantenerse en buen estado es una forma sencilla de asegurar un consumo confiable y libre de riesgos.

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)



FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)



CONTÁCTANOS

Tarifas y más datos
Chat de atención
018 000 6020 (Línea Bta y resto País)

Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE: Bogotá, Soacha y Girardot 601 5 115 115

EMERGENCIAS: 115 línea en 24 horas

DENUNCIAS

DEFENSOR DEL CLIENTE

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Código QR

Almacenes de Cadena

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



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

G $387.03 T $24.14 D $289.56 CV $75.80 PR $33.75 R $19.70 CF $0.00 / $785.09 Costo kWh Mes

En esta factura vas 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).

FECHA GENERACIÓN 07/01/2026 01:46:52
FECHA EXPEDICIÓN 07/01/2026 14:15:11

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S NIT 830.085.812-8

5.010 - Página 1 de 2

Total Energía (1) $125.050 + Portafolio Enel X (2) $0 = Total a Pagar $125.050

PAGO OPORTUNO **19 ENE /2026**

FECHA DE SUSPENSIÓN **21 ENE/2026**

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0593082-6 | PRÓXIMA FECHA DE LECTURA:

Tipo de Lectura: Real

Situación

CALCULO CONSUMO DE ENERGIA	Lectura Actual		Lectura Anterior		Diferencia de lecturas		Factor		Energía Activa kWh		Energía Facturada kWh		Valor Unitario		
ENERGIA ACTIVA FP	37.843	-	37.665	=	178	x	1	=	178		178	x	$785.09		
ENERGIA REACTIVA	0		0		0				0		0		$268.55		
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh				Valor kWh $785.0900		x		Beneficio 15.00 %						$15.309

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $4.014 DIARIOS

SUBTOTAL: $124.437

1/2

Otros cobros asociados a energía

Otros cobros de productos y servicios

5.017 - Página 2 de 2

77435

A A A A

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

HC	MICROCHIP:	FECHA:
135	Expiry-Date: 2030/09/02 900255003225039	25-07-26

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Cloro		Blanco

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 9M	PESO: 38 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

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

ORIGEN: NS/NR_RESCATADO____COMPRADO____ADOPTADO X_REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Carlos Andres Ruiz Baron	TV 113 F # 68-26	3117219985
CEDULA: 1075 432 330	CORREO ELECTRÓNICO: andresRuiz0092@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA: Villa Gladys	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Tecnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buena Salud - Sordo

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/A	Sept 25	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: Nov/25 LEUCEMIA: Nov/25 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:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
128 l/m	30 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	1,2 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 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	Dra Ingrid J Veres C	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICO VETERINARIO U.A.N T.P. [illegible]	Ingrid J Veres C
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Ferero	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41446	

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:
Carlos Andres Ruiz Baron	1015432330

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 1.015.432.330

RUIZ BARON

APELLIDOS

CARLOS ANDRES

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-JUL-1992

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-JUL-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00246292-M-1015432330-20100727 0023058200A 1 35101809

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: **3362965-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379839512-8

CLIENTE

JULIO LIBARDO MONGUI
TV 113 F NO 68 26 PI 2
PI 2
BOGOTA, D.C. - VILLA GLADYS

05 507 6525 / 202298

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

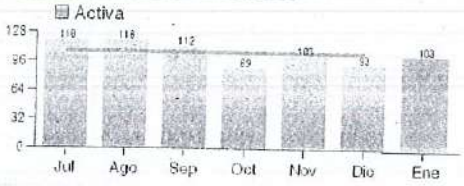
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $733,05

CONSUMO DIARIO: 3,22 kWh

VALOR DIARIO: $1.478

CONSUMO PROMEDIO DE TRES MESES: 108 kWh

PERÍODO FACTURADO: 05 DIC/2025 A 05 ENE/2026 | **DÍAS FACTURADOS:** 32 | **CONSUMO MES** 103 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005055076525
RUTA LECTURA:	35055130500
MANZANA DE LECTURA:	MSSFS63786
MEDIDOR NO:	202298
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO 69631121 | GRUPO 11 | NC 0.65 | VC 0.99 | CEC 0.22
PERSO 505111 | DI 211.74 | CI 103.0000 | TR2 0.00 | UT 1.00 | *ut 0.79
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/formularios.html
Chat de servicios en enel.com.co/es/personas/chat-de-orientacion
316 890 6900 Elena Bot o paso Asesor
Enel Colombia | @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

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 Bancos | Débito Automático | Cajero Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de pago Online | Botón de Pago Personalizado

Billetera Virtual: dale! | MOVII | Nequi | tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED | efecty | Red Daval | MOVIRED | Supergiros | Su Red Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Código QR

Almacenes de Cadena: Alkosto

Si el valor de tu consumo mensual bimestre supera el promedio de tus últimos 6 meses, el exceso de consumo no es un ingreso. Usalo en el ciclo de pagos.

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

G: $287,05 T: $54,14 D: $337,62 CV: $25,80 PR: $59,75 R: $19,70 CF: $0,00 / $733,05 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: 0L23-50331TRI - - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Cliente
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mk. 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, 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 0091 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 Servicio al Cliente.

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

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

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



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

FECHA GENERACIÓN: 07/01/2026 02:29:49
FECHA EXPEDICIÓN: 07/01/2026 15:01:11

Factura empresa por CarVitel Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.086.833-8 Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 900.321.151-0

19 ENE /2026

$47.600 | $0 | $47.600 | 21 ENE/2026

ENERGÍA | 3362965-5 | 03 FEB /202

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Norr

ENERGIA ACTIVA FP	30.818	30.715	103	1	103	103	$733.05	$75
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$237.62	
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh		Valor kWh $733.0468	X	Beneficio -37.34 %			$28

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.478 DIARIOS

SUBTOTAL: $47.3

Otros cobros facturados y diferidos

Ajustes a la decena	$3
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$480
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-193
SUBTOTAL:	$290

Otros cobros facturables y servicios

1 TOTAL ENERGÍA $47.600

2 TOTAL OTROS

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

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

Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

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

Al momento de hacer tu reporte:

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

Al final recibirás un caso para hacer seguimiento.

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



NÚMERO DE CLIENTE
3362965-5

Documento Equivalente Electrónico No.
379839512-8

(415)7707209914253(8020)013362965379839512 8(3900)00000000047600

PAGO OPORTU
19 ENE /2026

TOTAL A PAGA
$47.600

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

HC	MICROCHIP: SI 900255003225243	FECHA:
136		25-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:				COLOR:
Milo				Atigrada
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 7m	PESO: 3,5 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____ CONCENTRADO X MIXTO OTRO____	

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO X COMPRADO____ ADOPTADO____ REGALADO____ PERRO DE CUADRA____ OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Yohana Paola Triana Vega	CL 83 103C 55	3107839718
CEDULA: 53154427	CORREO ELECTRÓNICO: Natytriana.8812@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Bolivia / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL__	

3. ANAMNESIS

Buen estado salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
NA	09-25	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:
176 l/m	34 r/m	38,3 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	1,2 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 TARJETA PROFESIONAL	Dra Ingrid A Yepes C. MÉDICO VETERINARIO U.A.N T.P. 29240	FIRMA Ingrid A Yepes C
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:
Nataly Tiana	1014199279.

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 53.154.427
TRIANA VEGA
APELLIDOS
YOHANA PAOLA
NOMBRES
Yohana Paola Triana Vega
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-SEP-1985
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
17-OCT-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-1500150-00685268-F-0053154427-20150409 0043785023A 2 1163051410

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA

Escanea el código QR, ubicado en el formulario y emítela o radícala por correo desde el próximo mes.





Agenda y certifica tu **Revisión Periódica Obligatoria** de gas antes del 18 de enero con predio de 2023

¡Ahórrate el incremento de tarifa del 2026!

Por cada factura que se cancele en el Grupo Vanti, donamos una tula de 10 kilos. La tula de alimentos es entregada por el Banco de Alimentos. Puedes agendar la visita con cualquier mes de anticipación a través de CHAC. Ver T y C en www.grupovanti.com/bancodealimentos

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Botón PSE

Botón Bancolombia

Bancolombia

Nequi

dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Escanea para pagar tu factura

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 CACE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Makro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo - Móvil: 164 ó 01 8000 919 052
01 8000 111 164

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

¡Hola!

BLANCA VEGA
CL 83 103C 55 I10 00102 - BOLIVIA
BOGOTA

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

Medidor Gas No. 6007111-716961

Lote: P07GN Ruta: 0011470230530011200 Código del Sector: 073

Cuenta o referencia de pago **63639515**

vanti

TU REFINANCIAMIENTO 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.

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 313 415 4184

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.

073 0011470230530011200 P07GN 34685 C1

Enero 2026

Cuenta anterior de pago 93639515

Fechas importantes

Fecha de expedición
22 Ene. 2026

Periodo facturado
29 Ene. 2026

Periodo facturado
Dic. - Ene. 2025

Fecha límite de pago
15 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad (Unidad)	Valor unitario ($)	Ajuste ($)	Subtotal ($)
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

Total $49.970,00

Perfil de consumo

Tipo de consumo facturado | Desde | Hasta | Promedio | Mediana

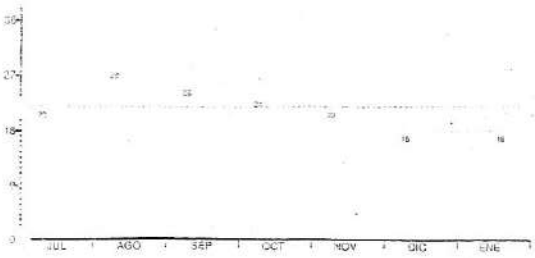
$0,00

Total a pagar $49.970,0

Pague por

Escanee el código QR

Sus últimos consumos



Datos de medición

Uso: Residencial | Servicio/Cat: Tres | Días de consumo: 32

Fecha	Lectura	Tipo
10 Dic. 2025	4414	REAL
10 Ene. 2026	4437	REAL

m³ facturados= 4437 - 4414 * Factor de corrección = 18

Tu próxima factura llegará: Entre 06 y el 11 de Febrero

Novedades en tu factura

Descuida si ya hiciste tu pago anticipado, se estará interesado de manera y se encontrará a cambio. Valor de la normalidad $21.000

(415)7709998026025(8020)63639515(3900)00000000049970

Periodo Facturado Siguiente

Fecha límite de pago oportuno
31 May. 2027

La aplicación de la tarifa del periodo facturado se realizará de acuerdo con lo establecido en la Resolución CREG 119 de 2007, 11038 de 2017

Escanee el código QR

Tarifas

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

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

Datos para cálculo tarifario

Cm: 1335.32 Pm: 549.31 Cm: 594.74 Cm: 2543.69
Cf: 64.32 Cpm: 0.0 Cu/m: 4180.0 Cu/m: 2543.69
Cpm: 0.0 Fcom: 42.475 DAUR: 0.0 DAUR: 0.0

Tu consumo en m³ de gas anterior: 212

Valor promedio unitario de kWh en: $235.991

Factor de corrección

Pcs: 23 Kf: 0.76628 Kt: 1.00548 Fc: 0.77125
Pci: 18 Tm: 13.7 Tc: 15.56 Fa: 1.01008
Pd: 0.751 Pm: 0.023 F: 1.0
Factor de corrección: 0.77125

Indicadores de calidad

PCS: 100.0 PCI: 0.0 CI: 100.0 PD: 100.0

CI

34685

d356e316282fc3737b6391fb4d5b803d4bd61b9945f0aa18b59a79d6d8c0b739d0d6b0018729dcf6c6b5b3c0b0aa Factura No. F15B74302048

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

HC: 137	MICROCHIP: SI 900255003225241		FECHA: 25-01-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chimuelo			COLOR: Negro
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 7m	PESO: 3,7 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Miguel Angel Rizo Villamil	DIRECCION Kr 72c 90-27	TELEFONO 3015837745
CEDULA: 1.014.192.557	CORREO ELECTRÓNICO: miguelrizo2062@gmail.com	
BARRIO O VEREDA La Serena / ESTRATO: 1	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Universitario	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buen estado Salud

ULT. CELO: NA	ULT. DESPARASITACIÓN: Sep - 2025	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: Sep-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: 128 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 38,1 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas	

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 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 J Yepes C.	FIRMA	Ingrid A Yepes C
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICO VETERINARIO U.A.N		
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:
	1014192557

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.014.192.557

Apellidos
RIZO VILLAMIL

Nombres
MIGUEL ANGEL

Nacionalidad
COL

Estatura
1.75

Sexo
M

Fecha de nacimiento
09 JUN 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
13 JUN 2024, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
13 JUN 2034



.00

048298245

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL048298245015001<<<<<<<<<<
0606099M3406131COL1014192557<8
RIZO<VILLAMIL<<MIGUEL<ANGEL<<<

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

¡Hola!

Factura a nombre de
SERAFIN BORDA CASTRO

Dirección del predio
KR 72C 90 27

Barrio: LA SERENA 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 IBERCONTA Tipo VELOCISC
Serie 03015IB024839 Diámetro pulgadas ½

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: D2 RUTA: D22134 BIMESTRAL

10951352	17205819315
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/15/2025 - DIC/12/2025

Pago oportuno ENE/20/2026 Suspensión ENE/23/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
MAR/11/2026	ENE/06/2026 06:33:40	ENE/06/2026 15:30:44

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.

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: D2 RUTA: D22134 BIMESTRAL

10951352	17205819315
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/15/2025 - DIC/12/2025

Pago oportuno ENE/20/2026 Suspensión ENE/23/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
MAR/11/2026	ENE/06/2026 06:33:40	ENE/06/2026 15:30:44

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.

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

¡Hola!

Factura a nombre de
SERAFIN BORDA CASTRO

Dirección del predio
KR 72C 90 27

Barrio: LA SERENA 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 IBERCONTA Tipo VELOCISC
Serie 03015IB024839 Diámetro pulgadas ½

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: D2 RUTA: D22134 BIMESTRAL

10951352	17205819315
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/15/2025 - DIC/12/2025

Pago oportuno ENE/20/2026 Suspensión ENE/23/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
MAR/11/2026	ENE/06/2026 06:33:40	ENE/06/2026 15:30:44

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.

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: D2 RUTA: D22134 BIMESTRAL

10951352	17205819315
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/15/2025 - DIC/12/2025

Pago oportuno ENE/20/2026 Suspensión ENE/23/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
MAR/11/2026	ENE/06/2026 06:33:40	ENE/06/2026 15:30:44

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 50 m³



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

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

En este período	Promedio al día
43.000	729

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	4023	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	3980	Base promedio	
Tu consumo este período	43	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	IBERCONTA	Tipo	VELO015C
Serie	03015IB024839	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
$109.155,09		$113.045,62		$13.472-		$64.360
A		B		C D E F		G

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

Escanea y paga virtual

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

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

= **Total a pagar** $273.089

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): e2ed9d9119c7e3ebe71cdf4590928505252229c5f8348fdf09e4c38fae597508db1e4df2fdd59af17ae741170fcf1fa9d

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)	22,00	$3.741,95	-70	$57.626-	$1.122,58	$24.696,90
Consumo residencial superior básico (m³)	21,00	$3.741,95		$0	$3.741,95	$78.580,95
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$71.340-		$109.155,09

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-	$1.396,82	$2.794,10
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.994,64	-70	$61.518-	$1.198,39	$26.364,08
Consumo residencial superior básico (m³)	21,00	$3.994,64		$0	$3.994,64	$83.887,44
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$68.036-		$113.045,62

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

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$9,47	$32,17
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$206	$708

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$1-
Benef. min. vital total	$13.471-
Subtotal	13.472-

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 Nequi PSE dale

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Efecty puntored

Red CADE Consulta direcciones y horarios de atención en www.grupoaval.com/cadeservicios/ — 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
$64.360

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)7707200489998(8020)172058193150(3900)0000000084360

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$208.729

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

(415)7707200485271(8020)172058193153(3900)0000000208729

54402 267

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-1100100-10 EAD ESP

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

HC	MICROCHIP: SI 900255003225253	FECHA:
138		25-01-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Monchi			COLOR: amarillo - blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 6m	PESO: 3,6 KG	MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR_ CASERO____ CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: William David Loaiza Campos	DIRECCION Cl 89 95H 45	TELEFONO 3053715388
CEDULA: 1011095 994	CORREO ELECTRÓNICO: Davidloaiza9906@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Bache I / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ	
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buen estado Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
NA	12-2025	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:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
120 l/m	32 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. 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 J Reyes C.	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICO VETERINARIO U.A.N T.P 29640	Ingrid J Reyes C
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: 7011095494

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 1.011.095.994

Apellidos
LOAIZA CAMPOS

Nombres
WILLIAM DAVID

Nacionalidad
COL

Estatura
1.75

Sexo
M

Fecha de nacimiento
09 SEPT 2006

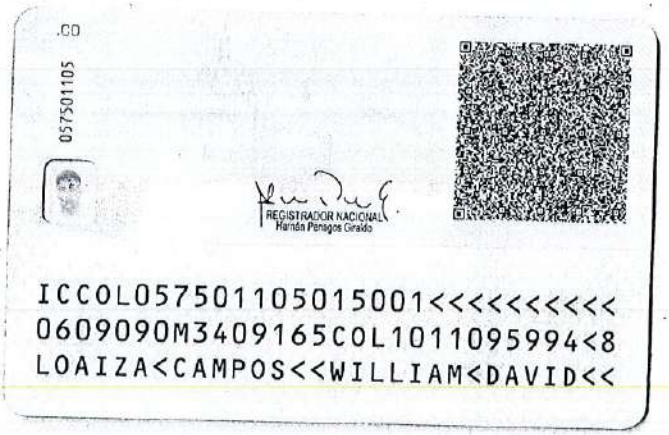
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
16 SEPT 2024, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
16 SEPT 2034



.CO

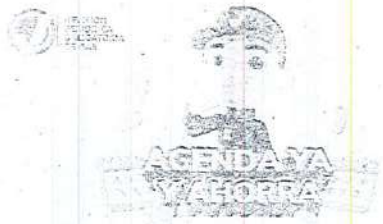
057501105

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL057501105015001<<<<<<<<<<
0609090M3409165COL1011095994<8
LOAIZA<CAMPOS<<WILLIAM<DAVID<<

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA FÁCIL A TRAVÉS DE:

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



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

¡Ahórrate el incremento de tarifa del 2025!

Beneficios exclusivos para usuarios que tengan un Grupo Vanti. Campaña válida entre el 16/12/2024 y el 10/02/2025. 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 tus facturas de otras empresas también en esta sede electrónica

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Davivienda · Bancolombia · Nequi · daviplata · 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.

Prohibida su venta. Factura sin costo para el usuario. Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización de Vanti S.A. E.S.P. Vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. Para consultas, quejas o reclamos llame a la línea 164 o escríbanos a servicioalcliente@vanti.com.co

CANALES DE RECAUDO DE CONTRIBUCIONES S.A.S. NIT. 830.053.129 70 18/27/02/2025 VANTI

¡Hola!

LUZ ADRIANA FORERO
CL 89 95H 45 106 104 (BACHUE I)
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077198-153045

Lote: P06GN Ruta: 0011460010049605000 Código del Sector: 345

Cuenta o referencia de pago **61207900**

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 948 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 413 4184

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 0011460010049605000 P06GN 25565 C1

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago: 61207900

Vanti

1 Fechas importantes

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

2 Conceptos facturados

Concepto	Cantidad (Unidad) (2)	Lectura anterior (1)	Ajuste (3)	Subtotal Periodo (4)
CONS. CON SUBSIDIO	12M3	2.999,74	0,00	34.796,38
MENOS SUBSIDIO (32%)	1UN	-11.256,79	0,00	-11.256,79
AJUSTE DECENA	1UN	-2,09	0,00	-2,09
RECAUDO TERCEROS Póliza Hogar SBS	0	3.642,00	0,00	3.642,00

4 — Total $27.180,00

3 Tus financiaciones

Tipo de financiación/Concepto	Cuota Nº	Capital (A)	Intereses (B)	Subtotal Cuota (A+B)

5 — Total $0,00

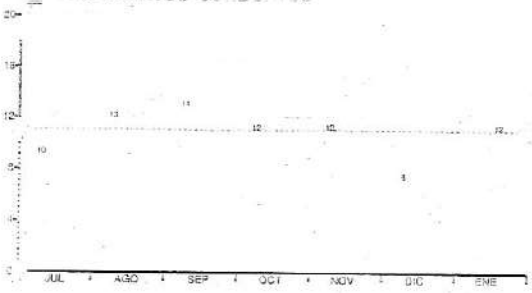
6 — Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 3 + 5: $27.180,0

Paga por

Escanea el código QR

4 Tus últimos consumos



7 Datos de medición

Uso Residencial | Estrato Cat. Dos | Días de consumo 35

Fecha	Lectura	Tipo
06 Dic. 2025	6706	REAL
09 Ene. 2026	6722	REAL

Consumo = 6722 - 6706 * Factor de corrección = 12

8 Tu próxima lectura será: Entre 04 y el 09 de Febrero

9 Novedades de tu factura

Cuota $ 2540,38

Estimado cliente recuerda que tiene antes Dic/2025 y el 30/05/2026 para realizar la Revision 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

10 Panel de Periodos Obligatorio

Mantenimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 May. 2026

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la Ley 142 de 1994, la Ley 689 de 2001 y la Resolución CREG 059 de 2012.

Agenda tu cita aquí

6 Tarifas

El valor de mi 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 Pm: 549,31 Dm: 594,74 Cm: 0,0
Pr: 64,32 Crm: 0,0 Cdm: 0,0 Com: 0,0
Com: 0,0 Restr: 42,475 DAUR: 0,0 DAUMP: 0,0

Mínimo consumo en m³ de gas facturado: 142

Valor del gas: $185.775

Factores de corrección

Vm: 16 Pz: 0,76667 Pt: 1,00648 Pc: 0,77164
Vd: 12 Cm: 13,7 Tz: 15,55 Fpc: 1,01008
Pd: 0,751 Pm: 0,0224 Fpb: 1,0

Factor de corrección: 0,77164

Información de calidad

IRST: 100,0 OOS: 0,0 IC: 100,0 (PS): 100,0

(415)7709998026025(8020)61207900(3900)00000000027180

0941e7c78e96af7405d116b85828e413a7650196137098c98c4bc20bfbf56d1bdfecda45c9211e40d1d94aca Factura No. F1EB741830B6

C1

255665

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

HC: 139	MICROCHIP: SI 900255003225658		FECHA: 25-01-26
ORIGEN: CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNERO X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LUFY			COLOR: Negro/ Blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA MESTIZO	EDAD 6M	PESO: 2.7 KG
MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X				
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR___ CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO___ OTRO___		

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leidy Dayana Moreno Chaparro	DIRECCION CL 86A 95A 15	TELEFONO 3203670209
CEDULA: 1.033.800.995	CORREO ELECTRÓNICO: leidymoreno954@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Ciudad Bachue	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Bachillerato	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL___	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: OCT 25.	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:	
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:	
		FELINOS: TRIPLE FELINA: OCT/25 LEUCEMIA: OCT/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:	34	r/m	TEMPERATURA:	38,3 °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	Dra Ingrid A Yepes C. MÉDICO VETERINARIO U.A.N TP 29240	FIRMA Ingrid A Yepes C
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.

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:
	1033800995.

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 1.033.800.995
MORENO CHAPARRO
APELLIDOS
LEIDY DAYANA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-OCT-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00767059-F-1033800995-20151125 0047516112A 1 45244297

aseo

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

Cuenta contrato
10453857
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos
19891671513
Número de esta factura de servicios públicos

KR 69 No. 80-27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
Horario de Atención
BOGOTÁ 601144643-9

Datos del usuario

Tipo de productor	RESIDENCIAL			Estrato	2
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0.000
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.00
Frecuencia Barrido:	03	Frecuencia Recolección:	06	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

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

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$72.755	Ajuste a la decena -credito-	$3-
Subsidio	$29.102-		

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$43.850
Aporte (+)	00%	Total ingresos del periodo	$43.850
Informativo - deuda total	Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual		

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000
Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas	
0.0656	0.0380	

Histórico de Vigencias cobradas

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

La tarifa incluye subsidio o aporte*

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999 094 - 1

Responsable antes fiscales del emisor: Gran Contribuyente; Autoretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: F2 RUTA: F22201 BIMESTRAL

10453857
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

19891671513
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 07:06:41	ENE/08/2026 12:04:25

¡Hola!

Factura a nombre de
LEIDY DAYANA MORENO CHAPARRO

Dirección del predio
CL 86A 95A 15 IN 112

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 VELO015C
Serie 06015IB094595 Diámetro pulgadas ½

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

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

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo | Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena. Nit. 860.050.534-0

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 8m³



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
7.000	117

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	1471	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1464	Base promedio	
Tu consumo este periodo	7	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	IBERCONTA	Tipo	VELO015C
Serie	06015IB094595	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
$27.437,43		$22.319,21		$15.680-		$43.650
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** $77.727

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): a7a8046b9512f25e31d3eaf1b62797f6ab4a15379eb36e744c210dde69215465d53ae411704691bef6612cee243aa68a

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.795,62	-40	$7.837-	$5.877,37	$11.754,24
Consumo residencial básico (m³)	7,00	$3.734,17	-40	$10.456-	$2.240,50	$15.683,19
Consumo residencial superior básico (m³)	.					
Cargo fijo no residencial (mes)	.					
Consumo no residencial (m³)	.					
Subtotal				$18.293-		$27.437,43

B Alcantarillado

	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.656,05	-40	$3.725-	$2.793,63	$5.587,10
Consumo residencial básico (m³)	7,00	$3.983,73	-40	$11.154-	$2.390,24	$16.732,11
Consumo residencial superior básico (m³)	.					
Cargo fijo no residencial (mes)	.					
Consumo no residencial (m³)	.					
Subtotal				$14.879-		$22.319,21

* 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	$133	$450

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	$3
D-ben. mín. vital total	$15.683-
Subtotal	15.680-

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
$43.650

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

(415)7707200489990(8020)1a8916715132(3900)0000004365O

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$34.077

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

(415)7707200485271(8020)1a8916715139(3900)0000004077

69704 343

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

HC	MICROCHIP: SI 900255003225247	FECHA:
140		25-01-2026

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:				COLOR:	
Skar				Blanco - Negro	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1A	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 X COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Maria Fernanda Cortes Ruano	CL 83 95-34	3028300530
CEDULA: 1193581224	CORREO ELECTRÓNICO: mariacortes1011028gmail.com	
BARRIO O VEREDA Bochica	ESTRATO:	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buen estado Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
NA	07-2025	CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: 05-2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
128 l/m	20 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.)	0,4 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 T.P. 29949		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO	Valentina Alonso Perero	FIRMA	
TARJETA PROFESIONAL	MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441		

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
MARIA CORTÉS	1143581224

DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

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

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

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

CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **1.193.581.224**



Apellidos
CORTES RIAÑO

Nombres
MARIA FERNANDA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.54

Sexo
F

Fecha de nacimiento
10 NOV 2002

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
17 NOV 2020, BOGOTA D.C.

Firma
Maria Cortes.

Fecha de expiración
26 FEB 2035

.00

0753154 90

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0753154900150 01<<<<<<<<<<
0211107F3502262COL11935812 24<3
CORTES<RIANO<<MARIA<FERNANDA<<

aseo

Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos
10456457	20581367115

Período facturado Aseo: NOV/01/2025 - DIC/31/2025

El servicio de aseo se factura de forma bimestral

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: F22235C

BIMESTRAL

Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos
10456457	20581367115

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
ICTICT

Dirección del predio
CL 83 95 34 BQ 6 AP 401

Barrio: BOCHICA Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA Tipo VELO020C
Serie 10085215 Diámetro pulgadas ¾

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 07:06:49	ENE/08/2026 12:01:37

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.

14811

98311

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

Datos del usuario

Tipo de producto: RESIDENCIAL Estrato: 3
Und. Res. Ocupadas: 1 Und. No Res. Ocupadas: 0 Densidad: 0.0028
Und. Res. Desocupadas: 000 Und. No Res. Desocupadas: 000 Volumen: 0.000
Frecuencia Barrido: 03 Frecuencia Recolección: 06 %Participación Zona: 100%

Componentes de tarifas

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

Histórico de vigencias cobradas

Días liquidados			
61	$62.656	$60.652	$63.564

La tarifa incluye subsidio o aporte

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Recolección del aprovechamiento
0.0025	0.0013	0.0000
Electivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforados - no aforados	
0.0656	0.0398	

G Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$73.467	Ajuste a la decena -debito-	$3
Subsidio	$11.020-		

Duración (+) 15 % Valor Aseo $62.650
Aporte (+) 20% Total ingreso de periodo $62.650
Ingreso de Aseo recibido a la fecha de impresión



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
12.000	200

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	1695	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1683	Base promedio	
Tu consumo este periodo	12	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	IBERCONTA	Tipo	VELO020C
Serie	10085215	Diámetro pulgadas	¾

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
$54.741,28		$48.548,86		$1-		$62.450
A		B		C D E F		G

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

Total ingresos del período = **Total a pagar** $165.740

Ingresos que la EAAB-ESP reportará a la DIAN en el periodo actual

CUDE (Codigo Unico de Documento Electronico): 5d8092e860bc81c44fbb4334b1aabb52b0e00766cbb24bb5501854bc514c8bda0319197a56b2c92c50c461c3a7af636d

Detalle de tu consumo este bimestre

	A Acueducto						B Alcantarillado					
	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (tarifa x Cant.)	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.795,62	-15	$2.938-	$8.326,28	$16.652,24	2,00	$4.656,05	-15	$1.397-		$7.916,10
Consumo residencial básico (m³)	12,00	$3.734,17	-15	$6.721-	$3.174,05	$38.089,04	12,00	$3.983,73	-15	$7.170-		$40.633,76
Consumo residencial superior básico (m³)	.											
Cargo fijo no residencial (mes)	.											
Consumo no residencial (m³)	.											
Subtotal				$9.660-		$54.741,28				$8.564-		$48.548,86

* Corresponde a consumos de hasta 11m³ mensuales (22m³ bimestrales). **(+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1,2 y 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	$91,35
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$322	$1.094

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

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$1-
Subtotal	1-

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 pagina web, app y billeteras

Para pagar en efectivo 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, Bancamía, AV Villas, Bogotá, Bancoomeva, Occidente

Aseo
Valor a pagar
$62.450

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.

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$103.290

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).

14811

98312 484

DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1 11001000-16 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	141	MICROCHIP: SI 900255003225378	FECHA: 25-07-26.

ORIGEN : CES X PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Maximo	COLOR: atigrado gris	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	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 X MIXTO OTRO___

ORIGEN: NS/NR_ RESCATADO X COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sonia del Pilar Neira Lozano	DIRECCION Cl 89 N° 95-23	TELEFONO 3106874959
CEDULA: 52.963.494	CORREO ELECTRÓNICO: neiraso@hotmail.com.	
BARRIO O VEREDA Bachue I	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: ENGATIVÁ
ESCOLARIDAD: Tecnologo NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA_ APTO X RURAL_	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: DIC/25.	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA: Enero/26. 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: 178 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 38,1 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV
	Ketamina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1. ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 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 Vepes C.	FIRMA	Ingrid A Vepes 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:
DONIA DEL PILAR NEIRA	52965494 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 **52.965.494**

NEIRA LOZANO

APELLIDOS

SONIA DEL PILAR

NOMBRES

SONIA DEL PILAR NEIRA L.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-OCT-1983**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA **A+** G.S. RH **F** SEXO

12-OCT-2001 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00233538-F-0052965404-20100412 0021974620A 1 33281640

Por favor doble y rasga para abrir la factura

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

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

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



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Más fácil y seguro todos los pagos.

El Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Botón PSE

Botón Bancolombia

Escanea para pagar la factura

Bancolombia

Nequi

Daviplata

*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 ICADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Makro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

CONTRATO SOLUCIONES DE GASODOMÉSTICOS S.A.S. NIT 900.626.246 70-8270630925 VANTI

Por favor doble y rasga para abrir la factura

¡Hola!
MARIA DORIS PERDOMO
CL 89 95 23 307 - BACHUE I
BOGOTA

vanti
Más formas de pagar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 50TT198-149279

Lote: P06GN Ruta: 001146003006990500O Código del Sector: 345

Cuenta o referencia de pago 60930392

vanti

PLAZO PARTICULAR APROBADO ES: $ 4.800.000

Lista

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

Comunícate con nosotros y solucionamos 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 318 416 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
001146003006990500O
P06GN
256676
C1

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago: 60930392

FACTURA

Vanti

Fechas importantes

Límite oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de la factura
24 Dic. 2025	25 Dic. 2025	Nov. - Dic. 2025	10 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad (Unidad)	Valor unitario ($)	IVA (%)	Subtotal ($)
CONS. CON SUBSIDIO	5M3	2.934,15	0,00	14.670,75
MENOS SUBSIDIO (33%)	1UN	-4.870,69	0,00	-4.870,69
AJUSTE DECENA	1UN	-4,06	0,00	-4,06
RECAUDO TERCEROS Hogar Plus SBS	0	6.104,00	0,00	6.104,00

= Total $15.900,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota #	Capital	Intereses	Subtotal

= Total $0,00

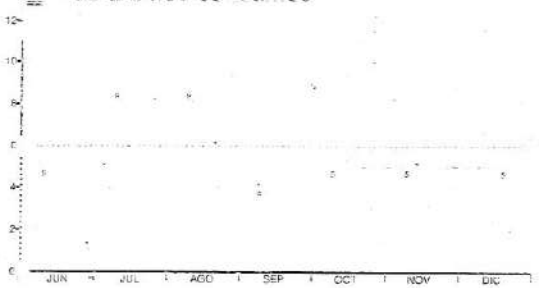
+ Valor financiado mensualizado = Valor a pagar

$0,00 $15.900,00

Pague aquí

Recargue o pague QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso: Residencial Tarifa: Est Dos Días del período: 29

Fecha	Lectura	Tipo
09 Nov. 2025	6269	REAL
07 Dic. 2025	6275	REAL

Lectura corregida: 6275 - 6269 * Factor de corrección = 5

Tu próxima lectura será: Entre 05 y el 10 de Enero

Novedades de tu factura

CuVe 0 2570.50

Estimado cliente recuerde que tiene entre Oct/2025 y el 31/03/2026 para realizar la Revision Periodica. Se suspendera el servicio a partir del 01/04/2026 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $71.206

Revisión Periódica Obligatoria

Mantenimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Mar. 2026

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente. Resoluciones 059 de 2012 y 2315 de 2017

Cuéntale a tu PQR Digital

Tarifas

Subsidio del mes: $2571.

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

Tarifa reglamentada según la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Comparativo tarifario

Cm:	1324.73	Tm:	582.57	Dm:	596.11	Cm:	0.0
Pm:	65.09	Dcm:	0.0	Dpm:	0.0	Dcm:	0.0
Com:	0.0	Prom:	42.512	DAUM:	0.0	DAUMV:	0.0

Diferencia en m³ de gas equivale: 59

Ahorro en el mes unitario de: $166.103

Factor de corrección

Vm:	6	Kp:	0.76766	Kt:	1.00631	Fz:	0.77251
Tm:	5	Dm:	13.75	Tb:	15.56	Pb:	1.01008
Fpv:	0.752	Fm:	0.0234	F pv:	1.0		

Factor de corrección: 0.77251

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPB: 100.0





(415)7709998028025(8020)60930392(3900)00000000015900

Servicios regulados contabilizados Resolución 80038 Diciembre 97/2013 Retención de IVA Autoretenedores Resolución No. 1959 del 17 Jul. 1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 1876 809 267057 (de) 31/03/2025. Factura para electrónica desde # 56000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NIT 830.140.000-8. VANTI S.A. ESP. NIT 890.800.915. Revisor Fiscal Deloitta 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	MICROCHIP:	FECHA:
142	900255003219172	25-07-26

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Manchitas	Blanco/Negro

ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA	EDAD	PESO	MANEJO ESPECIAL:
		MESTIZO	7A	2.9 KG	SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO__ CONCENTRADO 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
Victor Alexander Nova Ladino	Cl 88 N° 95C 47	3724738572

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1054 282 553	alex47nova@gmail.com

BARRIO O VEREDA	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Bachue I	2	ENGATIVÁ

ESCOLARIDAD: NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL__
Bachillerato	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/A	Sep/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. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
116 l/m	20 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	FIRMA
Dra Ingrid A Lopez C. MÉDICO VETERINARIO U.AN TP 29240	Ingrid A Lopez C
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Valentina Alonso Forero 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:
	1054282553

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 **1.054.282.553**

NOVA LADINO

APELLIDOS

VICTOR ALEXANDER

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-JUN-2004**

SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

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

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01327325-M-1054282553-20221104 **00888**79030A 1 8505425206

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.



Agenda y certifica tu Revisión Periódica Obligatoria de gas antes del 12 de enero con precio de 2025

¡Ahórraze el incremento de tarifa del 2026!

Publicidad a cargo de las empresas que conforman el Grupo Vanti. Campaña válida entre el 1/01/2025 y 15/01/2025. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Aplica para inspección periódica con 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 tus facturas de una o varias cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Bancolombia

Nequi

dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automática.

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: 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. 805.000.427-5 70102708035 VANTI

¡Hola!

ANA CARDENAS
CL 88 95C 47 310 00103 - BACHUE I
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077103-327273

Lote: P06GN Ruta: 0011460030018205000 Código del Sector: 345

Cuenta o referencia de pago 61721128

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 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
P06GN 0011460030018205000

Enero 2026

61721128

Vigilado Superservicios

Vanti

Fecha
27 Ene. 2026

Fecha de suspensión
29 Ene. 2026

Periodo facturado
Dic. - Ene. 2025

Emisión de la factura
14 Ene. 2026

Concepto	Cantidad (Unidad)	Precio unitario $	%	Subtotal $
CONS. CON SUBSIDIO	9M3	2.899,74	0,00	26.097,66
MENOS SUBSIDIO (32%)	1UN	-8.442,59	0,00	-8.442,59
AJUSTE DECENA	1UN	4,93	0,00	4,93

Mes Residencial Estrato/Cat.Dos Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
07 Dic. 2025	3463	REAL
09 Ene. 2026	3475	REAL

Consumo facturado: 3475 - 3463 * Factor de corrección = 9

Vencimiento Factura Pérdida Obligatoria
31 Mar. 2029
La revisión de la instalación interna es la responsabilidad y debe realizarla en las fechas antes dichas en la normatividad vigente (Resoluciones 159 de 2012 y 41385 de 2021)

Valor de mi pago este mes es de $2544.

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

Componentes tarifarios

Gm:1335.02 Tm: 549.31 Cm: 594.74 Cc: 0.0
Pc: 64.32 Dm: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Com: 0.0 Pcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Factores de corrección

Vm: 12 Sr: 0.76667 Ks: 1.00648 Ts: 0.77164
Cc: 9 Tm: 13.7 Ts: 15.55 Pc: 1.01008
Pcc: 0.751 Pm: 0.0234 Fcv: 1.0

Subsidios y contribución

ESTR: 100.0 DES: 0.0 Cc: 100.0 Pc: 100.0

Entre 04 y el 09 de Febrero

CUVa $ 3516.09

(415)7709998029025(8020)61721128(3900)00000000017660

7418 6b7 682 ade 8ec 9b9 3fd bdd 0d6 3d8 e9b 60d c7e 3af 1d0 23e 219 7eb 6f2 8b3 6b1 83c 853 8b6 5d4 21a 61a 1e1 92a 739

Factura No. F15874239472

C1

26696