ALCALDIA LOCAL DE KENNEDY

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CPS 800 DE 2025

Consorcio Pyba Kennedy 2025-2

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm

HISTORIA CLINICA: Implantado No operado.

MICROCHIP: 900233006622126 Expiry date:05/05/2030

FECHA: 20/01/2026

ORIGEN: CES__ PROTECCIONISTA__ COMUNIDAD X CON TENEDOR MIGRANTE___RECICLADOR O CARRETERO___CALLE___OTRO_____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: OREO. COLOR: Blanco-negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 5 años PESO: 4,2 kg POTENCIAL PELIGROSO SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACION: 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: Stefanny Paola Ruiz Gaona. DIRECCION: Cl 45 Bis sur 81C-17 TELEFONO 310 888 1045

CEDULA: 1030.588.224. CORREO ELECTRÓNICO: stefannyruizgaona1991@gmail.com

BARRIO: Gran Britalia 1 ESTRATO: 2 LOCALIDAD: Kennedy

ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR: __ TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: No aplica

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NO reporta

ULT. VACUNACION: 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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd sept/25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: l/m F. RESPIRATORIA: r/m TEMPERATURA: ºc TLLC 1 seg MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	____ml.	1 MG/KG IM☐ IV ☐
	TRAMADOL	____ml.	1 MG/KG IM☐ IV ☐
	TILETAMINA + ZOLACEPAM	____ml.	2,5 MG/KG IM☐ IV ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	____ml.	1 MG/KG IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G L.A.	____ml.	22,000 UI/KG IM
	MELOXICAM	____ml.	0,2 MG/KG SC

HALLAZGOS ANORMALES: ninguno

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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO: TARJETA PROFESIONAL:	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO : TARJETA PROFESIONAL:	FIRMA

ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY BOGOTÁ	ALCALDIA LOCAL DE KENNEDY		Consorcio Pyba Kennedy 2025-2
	CPS 800 DE 2025	Operador: Consorcio pyba 2025	

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento:

1.Riesgos y complicaciones del procedimiento: He sido debidamente informado/da sobre los riesgos y complicaciones que pueden presentarse durante y después de la cirugía, los cuales pueden incluir paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones alérgicas graves, complicaciones neurológicas, infecciones, y en casos extremos, la muerte. Entiendo que, a pesar de la baja probabilidad, pueden presentarse situaciones extraordinarias que complican el procedimiento y acepto la responsabilidad total sobre el bienestar de mi animal de compañía, sin derecho a contravención alguna.

2.Exámenes pre-quirúrgicos: Reconozco y acepto que el programa de esterilización no cubre los exámenes prequirúrgicos requeridos para la intervención. He sido debidamente informado/da sobre la importancia de realizar dichos exámenes de manera particular y de presentarlos en la fecha indicada, correspondiente al día asignado para la cirugía. Así mismo, manifiesto expresamente que, en caso de no presentar los exámenes prequirúrgicos en la fecha establecida para la intervención, asumo plena responsabilidad sobre los riesgos asociados a la realización del procedimiento sin dicha evaluación médica previa.

3.Compromiso de cuidados postoperatorios: Me comprometo a seguir de manera estricta las recomendaciones del equipo veterinario para el cuidado postoperatorio de mi animal de compañía, con el fin de evitar complicaciones y promover una pronta recuperación. Entiendo que como responsable del cuidado de mi animal de compañía tras la intervención, asumo la total responsabilidad por cualquier daño o complicación derivada de la negligencia o impericia en el manejo postoperatorio del mismo. Adicional, exonero al Médico Veterinario de cualquier responsabilidad por daños que puedan ocurrir debido a mi descuido o falta de atención en el cuidado postquirúrgico.

4.Autorización para el manejo de datos personales: Autorizo el manejo y tratamiento de mis datos personales, de acuerdo con la normativa vigente sobre protección de datos.

Afirmo que el paciente fue valorado y fui interrogado/da sobre su estado de salud, entregando al Médico Veterinario la información completa y veraz sobre el estado de salud de mi animal de compañía. Igualmente, se me proporcionó y aclaró las dudas relacionadas con el procedimiento y se me entrgó el número de atención postquirurgica. Así mismo se me informó de mi derecho a rechazar el procedimiento.

Finalmente, en calidad de responsable de mi animal de compañía, AUTORIZO al Médico Veterinario a realizar el procedimiento quirúrgico indicado para mi animal de compañía, que incluye la implantación del microchip y la esterilización (Ovariohisterectomía/Orquiectomía), así como cualquier intervención adicional que sea necesaria durante la cirugía, según el juicio profesional del médico veterinario. Mis inquietudes han sido aclaradas, y he leído y comprendido completamente la información consignada en este documento.

ACEPTO PROCEDIMIENTO x

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Paola Ruiz	1030588229

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: Nro. Identificación:	Firma:

9. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SUTURA ABSORBIBLE	FECHA: /	HORA: /

OBSERVACIONES:

ANALGESICO ADICIONAL: SI__ NO__ Medicamento:_____ Dosis y Frecuencia:_____

ANTIBIOTICO ADICIONAL: SI__ NO__ Medicamento:_____ Dosis y Frecuencia:_____

implantado No operado

51

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.030.588.224
RUIZ GAONA

APELLIDOS
STEFANNY PAOLA

NOMBRES
PAOLA RUIZ

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 04-MAR-1991
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-MAR-2009 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00477553-F-1030588224-20130930 0035162909A 1 1942492654

296.080

enel Bogotá

earth pact ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2136493-2**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 373798920-8

CLIENTE

ELSA MARIA GAONA
CL 45 BIS SUR NO 81 C 17
P2
BOGOTA, D.C. - GRAN BRITALIA I

11 305 9743 / 4016202

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD Crédito Fácil CODENSA

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

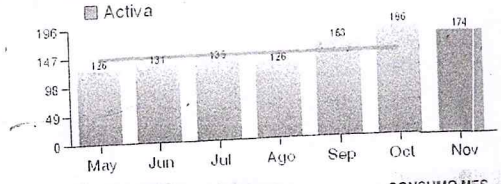
Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia
¡Acércate ya a uno de nuestros puntos
Crédito Fácil CODENSA!

Encuéntralos escaneando el código.

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

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

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $820,96

CONSUMO DIARIO: 5,44 kWh

VALOR DIARIO: $3.093

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 145 kWh

PERÍODO FACTURADO: 11 OCT/2025 A 11 NOV/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 174 kWh

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

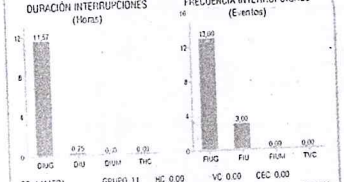
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,77
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10003113059743
RUTA LECTURA:	13113060181
MANZANA DE LECTURA:	MS00455648
MEDIDOR NO:	4016202
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CD 14117R1 GRUPO 11 HC 0.00 VC 0.00 CEC 0.00
PERIODO 202509 CI 257.15 CF 163.00000 MC 0.00 MF 1.00 %t 0.20

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 035 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
315 890 6003 (Elena Bot o 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-clientes.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual
dale! · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios
CONRED · efecty · Reval · MOVIRED · puntored · efecty

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel Únicamente Chía, Girardot y Fusagasugá

Almacenes de Cadena
Jumbo · Metro

Código QR

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P	Avenida Boyacá # 6 B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-38/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

Vigencia: OCT/2025

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G: $298,46 T: $52,97 D: $307,93 CV: $76,63 PR: $60,36 R: $26,56 CF: $0,00 / $820,96 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: CK14-14117R1 - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

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

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

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

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

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolucion CREG 038 de 2014, la cual modifico el Codigo 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 860.063.875-3. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 14/11/2025 00:34:54
FECHA EXPEDICIÓN: 14/11/2025 14:00:11

CUDE: f477ca(0905d95682c6d49eaae6251c5e2fd4c6c0e5983156fbc066c51b93e1213eb2b4aa4871066891ca9975010

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

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