FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC Número de historia clínica: 01

Expiry-Date: 2030/09/02
900255003219458

SI X NO ___ Número de microchip

FECHA: 15-01-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna

COLOR: Blanco y amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 15m PESO: 3.9 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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 ___ MIXTO X OTRO ___

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Emily Victoria Carrero Marin

DIRECCION: CL 148 116 70E 11

TELEFONO: 3502508577

CEDULA: 1032503173

CORREO ELECTRÓNICO: HadesJoker26@gmail.com

BARRIO: Charco

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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 RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: 01/08/25 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN 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: 143 l/m | F. RESPIRATORIA: 20 r/m | TEMPERATURA: 30 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ——

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,16 mL	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 Ovariohisterectomía/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: Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D. M.P. 45036

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A T.P. 41443

FIRMA:

FONTIBÓN

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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

pueden presentar. Es 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 identifica como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, talcos, 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 consiente y **ACEPTO** __X___ o **RECHAZO**_____ **la declinación de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
	1082503173

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.032.503.173
CARRERO MARIN

APELLIDOS
EMILY VICTORIA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-ABR-1989
BARINAS-CIUDAD BOLIVIA
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

04-MAR-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
DEL ESTADO CIVIL

INDICE DERECHO



A-1500100-01502834-F-1032503173-20170309 8147334600A 1 2240382910

FACTURA EN LÍNEA





"Dale palo al papel y empieza a recibir tu factura Vanti en tu correo.

FACTURA EN LÍNEA

¡Hola!

MONICA ASTRID SEGURA
CL 148 11 B 70 E11 CUS 00001 - CHARCO
BOGOTA

vanti

Medidor/Suc.Mg: 3087104-8192

Lote: P180N Ruta: 001840141900005306 Código del Sector: 437

Cuenta o referencia de pago 61547983

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.800.000

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Bancolombia Nequi dale

Barcode PSE

Botón Bancolombia

Escanéalo para pagar tu factura

Puntos Presenciales

Eficiencia energética

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
#VAN - Móvil 164 01 8000 919 082 01 8000 181 164

Atención presencial



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 solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica

Línea gratuita 01 8000 943 784

Atención virtual

Línea de WhatsApp 315 474 4164

Mi Vanti en línea

C1

2 — 3 — 4

Pago oportuno
14 Ene. 2026

Fecha de suspensión
15 Ene. 2026

Periodo facturado
Nov. - Dic. 2025

Emisión de tu factura
24 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	1 UND	3.373,00	0,00	3.373,00
CONS. CON SUBSIDIO	1 UND	3.404,15	0,00	34.650,00
MENOS SUBSIDIO - 100 %	1 UN	19.482,75	0,00	19.482,75
AJUSTE DECENA	1 UN	0,25	0,00	0,25

1 — Total **$77.760,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

3 — Valor facturas vencidas
$0,00

4 — Total a pagar
$77.760,0

Paga por

Tus últimos consumos



Datos de medicion

Uso Residencial — Estrato/Cat. Cos — Días de consumo 28

Fecha	Lectura	Tipo
22 Nov. 2025	4167	REAL
19 Dic. 2025	4212	REAL

(4212 - 4167) Factor de corrección = 36

Tu próxima lectura será
Entre 18 y el 22 de Enero

Novedades de tu factura

Consumo 21 - la fecha de pago oportuno se cancelo intereses de mora y se suspendera el servicio. Valor de la reconexion $11.000

Factura Pendiente de Pago

Valor Pendiente de Pago
31 May. 2026

Tarifas

Sept. $271 - Oct. $2745 - Nov. $2745

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad





FONTIBÓN BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA No. (Número de historia clínica): 02

900255003234525

NO. recibo:

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Amapola COLOR: Blanco - Cafe.

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA X MACHO RAZA: Pitbull EDAD: 18m PESO: 30.3 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI X NO

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI NO X

TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO X CONCENTRADO MIXTO OTRO

ORIGEN: NS/NR RESCATADO COMPRADO ADOPTADO X REGALADO PERRO DE GUARDA OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Liseth Camila Castillo Cespedes

DIRECCION: CL 23C N. 117 A 20

TELEFONO: 3142975084

CEDULA: 1000.515.254

CORREO ELECTRÓNICO: Kcacastillocc@gual.com

BARRIO: El refugio ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 11 2025

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 08-2025.

ULT. VACUNACION: NS/NR:

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/04/2025

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/04/2025

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	3.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.4 ml.	5-3mg/kg IV
	Morfina	0.5 ml.	IV.
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENJS.P.B.)	3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1.2 ml.	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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ____, para la realización del procedimiento sin exámenes preoperatorios.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 46036

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa Perez MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441

FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

pueden presentar. Se realiza el hecho 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 aplicación, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, bañar seco 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
Camila castillo	1000515254

Yo,_____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.000.515.254
CASTILLO CESPEDES

APELLIDOS
LIZETH CAMILA

NOMBRES
Camila Castillo
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 16-FEB-2000
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-FEB-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO



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: **1555606-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 377955788-4

CLIENTE

PEDRO NARVAEZ
CL 23 C NO 117 A 20
BOGOTA, D.C. - EL REFUGIO

15 320 9118 / 22262510

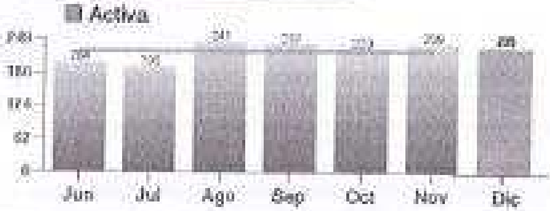
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $800,00

CONSUMO DIARIO: 7,83 kWh

VALOR DIARIO: $4.000

PERÍODO FACTURADO: 19 NOV/2025 A 18 DIC/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 235 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES 224 kWh

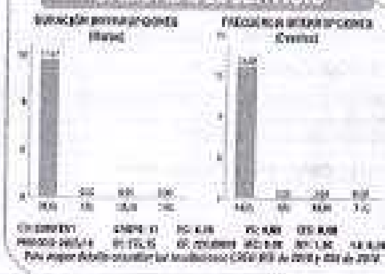
¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	1,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10003153209119
RUTA LECTURA:	13153300595
MANZANA DE LECTURA:	N S00641952
MEDIDOR NO:	22262510
SUBCLASE:	Básica

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

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

EMERGENCIAS: 115

DENUNCIAS

DEFENSOR DEL CLIENTE: [illegible]

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi

Corresponsales Bancarios

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 58-33/45 Local 120-124

Línea de servicio al cliente 110

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2025
[illegible]

[illegible]

FECHA GENERACIÓN: 22/12/2025 01:21:40
FECHA EXPEDICIÓN: 22/12/2025 12:02:12

CUDE: [illegible]

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	+	3 Total Aseo	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO
$147.760		$0		$60.330		$208.090	06 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN ❶ 08 ENE/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 1555606-0 | PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 19 ENE /2026

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

CONCEPTO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de Lecturas	X	Factor	=	Consumo Facturado	Precio Unitario	X	Valor Mes	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	8.057		8.957		200		1		200	553		$110.600		$110.520
ENERGIA REACTIVA	2.040		2.020		20		1		20	0		$296,34		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh X				Valor kWh $403,96/kWh		X		Beneficio -39,44 %					-$41.035

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $4.000 DIARIOS

SUBTOTAL: $145.994

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-2
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$1.000
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-232
SUBTOTAL:	$766

Cargos + Otros cobros asociados a energía ❶ TOTAL ENERGÍA: $147.760

Otros cobros de productos y servicios

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo ❷ TOTAL OTROS: $0

! 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 reglas publicadas en el plegable tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.663.

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones dadas PAZ COMERCIALIZACIÓN en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas serán un 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.

ESTRATO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el estrato de suscripción 2 - Las kWh mensuales de -39,44 %

ASEO

Ciudad Limpia | PRESTADOR: CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P | ASE No.: 3 | NIT: 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	10856083	DÍAS FACTURADOS
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO	377985788-4	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.11.2025 a 18.12.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$100.551
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-40.220
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREC	$-1

MESES EN MORA: 0 | ❸ TOTAL ASEO: $60.330

APORTE NO RESIDENCIAL	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	40%

DATOS DEL USUARIO

USO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0.0000 | ESTRATO: 2

DENSIDAD | FREC. RECOLECCIÓN: 3

% PARTICIPACIÓN: 2% | FREC. BARRIDO: 2

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	3	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$54.277,44	$19.145,56	$154.680,98

TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO	0.00246426
LIMPIEZA URBANA	0.00133589
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO	0.00001407
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS	0.05982574
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.03
AFORO NO APROVECHABLE	0.00

MENSAJES DE INTERÉS

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $0.330,00

NÚMERO DE CLIENTE
1555606-0

Documento Equivalente Electrónico No.
377985788-4

(415)7707230013253(8020)011055606037798578843900)000000208090

PAGO OPORTUNO
06 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$208.090

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

Expiry-Date:2030/09/02
900255003231508

HISTORIA CLÍNICA No. (Número de historia clínica): 03 | MICROCHIP: | FECHA: 15-07-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Laina | COLOR: Canino / Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Pitbull | EDAD: 4A | PESO: 23.7 kg | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: X NO

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACION: 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: Guillermo Zabala Otero | DIRECCION: Kr 70BA 20B-21 | TELEFONO: 3009682719

CEDULA: 91270263 | CORREO ELECTRONICO: Sabalaguillermo@hotmail.com

BARRIO: Salitre | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 07/25

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: N/R

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa ___ LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X | SISTEMA O SISTEMAS APECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 98 l/m | F. RESPIRATORIA: 42 r/m | TEMPERATURA: 37.9 °C | TLLC: 2 seg. | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.9 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.5 ml.	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	24 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	096 ml.	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 Ovariohisterectomía/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: Angela Marcela Diaz Medica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 46036 | FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

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 retiro posterior de lesiones, jaquiras, tatoos, 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO** los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 procaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
	91210263

Yo,_____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
91210263
NUMERO

ZABALA OTERO
APELLIDOS

GUILLERMO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-NOV-1959
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-MAR-1979 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-2700100-59106892-M-0091210263-20021016 02529 02284A 01 124906320

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibir 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:

tan fácil y seguro que es pagarlo.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de uno o varios contratos en una sola transacción.

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción o 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 todas las días las 24 horas
Fijo - Móvil: 164 ó 01 8000 919 052 01 8000 181 164

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

CANALES, SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 900.058.870-3 TELEVISIONADOS VANTI

¡Hola!

27-11-2025

JOSE DE JESUS LEON
KR 108A 20B 21 - SATURNO
BOGOTA

vanti
Más formas de cuidarte
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097197-30075

Lote: P08GN **Ruta:** 0011020073180005000 **Código del Sector:** 325

Cuenta o referencia de pago **60646075**

vanti Listo

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

vanti



Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.
Cupo hasta de
en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.
Extracupo hasta de
exclusivo para motos.

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 5 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.

Si no recibiste el recibo con la factura de gas y deseas un duplicado, ingresa a nuestra página web www.grupovanti.com/pagos-en-linea/ o comunícate con la línea de atención telefónica de Servicios Públicos Domiciliarios de la ciudad donde vives. Recuerda que la ley 689 habilita legalmente a nuestra empresa para suspender el servicio por falta de pago y cobrar por la reconexión y reinstalación del servicio. Si no pagas oportunamente tu factura el valor de la misma se incrementará con los intereses de mora máximos legales certificados por la Superintendencia Financiera de Colombia. Para conocer el contenido de la póliza de seguro que ampara el riesgo de suspensión del servicio por mora en el pago, el cliente puede ver los mecanismos de información de la ley 142 de 1994 y acudir a cualquiera de las oficinas señaladas para el pago oportuno.

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago 80646075

vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno 03 Nov. 2025 — 2 Fecha de suspensión 29 Nov. 2025 — 3 Periodo facturado Oct. - Nov. 2025 — 4 Emisión de tu factura 14 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad	Valor unitario ($)	IVA ($)	Subtotal Cargo fijo y C
CONSUMO GAS	31M3	2.741,39	0,00	57.578,49
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	-4,51	0,00	-4,51
Valor Gas Antiguo	1UN	11.304,12	2.146,88	13.440,00

1 – Total $75.200,00

Tus financiaciones

Tipo de financiación/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A+B

3 – Total $0,00

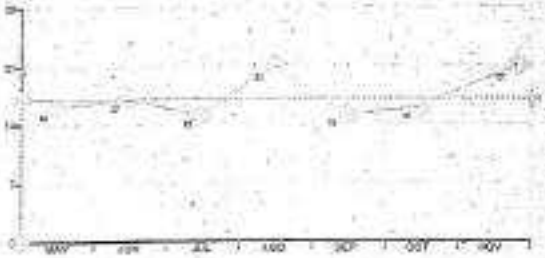
Valor lecturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $75.200,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso:Residencial	Estrato:Cen.Tres	Días de consumo:34
Fecha	Lectura	Tipo
10 Oct. 2025	4398	REAL
12 Nov. 2025	4425	REAL

m³ consumo= 4425 - 4398 * Factor de corrección = 27

Tu próxima lectura será: Entre el 07 y el 12 de Diciembre

Novedades de tu factura

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

(415)7709998025025(8020)80646075(3900)00000000075200

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 31 Jul. 2026

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas fue mas de lo: $2742

Ago. $2504 Sep. $2719 Oct. $2748

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

Componentes tarifarios

Gm: 1439.01 Tm: 609.88 Dm: 530.0 Cm: 3741.69
Pr: 10.7 Cvm: 0.0 Cdm: 0.0 Cvcm: 0.0
Ccm: 0.0 Fcvm: 40.518 DAUR: 0.0 DAURM: 0.0

Siga: Tu consumo en m³ de gas equivale a: 3kB kWh y el precio unitario del kWh es de $/kWh

Factor de corrección

Vm: 27 Fpt: 0.76836 Pt: 1.0001 Ft: 0.7731
Vb: 31 Tm: 13.75 Tb: 15.55 Pb: 1.01325
Fm: 0.793 Pm: 0.965 F pc: 1.0

Factor de corrección: 0.7731

Indicadores de calidad

SAIFI: 100.0 SAIDI: 100.0 IC: 100.0 IPS: 100.0

EXPERTOS EN RECIBIR Y DISFRUTAR EL GAS

ALCALDÍA DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: 04 (Número de historia clínica)

900255003231049 (Id)

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Atena | COLOR: Cafe.

ESPECIE: CANINO X FELINO ____ | SEXO: HEMBRA X MACHO ____ | RAZA: Pitbull | EDAD: 2A | PESO: 26.4 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI X NO

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ____ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ____ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ____ CASERO ____ CONCENTRADO X MIXTO ____ OTRO ____

ORIGEN: NS/NR ____ RESCATADO ____ COMPRADO X ADOPTADO ____ REGALADO ____ FERIA DE CUADRA ____ OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gloria Castañeda Pulido

DIRECCIÓN: CL 14B No 116-70

TELEFONO: 3133881137

CEDULA: 39746850

CORREO ELECTRÓNICO: gloriacastaneda341@gmail.com.

BARRIO: El charco 1. | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ____ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 09-2025

ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: 11-2025.

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa | PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa | PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m | F. RESPIRATORIA: 48 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: ____

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.9 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.1 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.5 ml	N-
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	____ ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.6 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1.04 ml	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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su: ACEPTACION X RECHAZO ____ ; para la realización del procedimiento en el paciente descrito.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Ferro. MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

Conozco que existen riesgos inherentes a la realización de la cirugía y que toda la información [illegible] 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 portador de lesiones, 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa)**. Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por este 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
	3174852

Yo,_____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	N/o. Identificacion:	FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.746.850**

CASTAÑEDA PULIDO

APELLIDOS

GLORIA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **27-DIC-1966**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-FEB-1985 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00798337-F-0039746850-20160307 0046823G00A 1 S021480073

enel Bogotá

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

Para pagar y consultar tu número de cliente es: **2328222-1**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 370071874-7

CLIENTE

FIDUCIARIA ALIANZA SA
CL 14 S NO. 18 - 76 BQ 11 CA 31
URB ESTANCIA CAMINO DE SALAZA
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO I

10 300 0080 / 851903

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

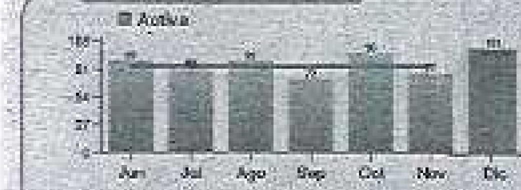
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: [illegible]

CONSUMO DIARIO: 3,37 kWh

VALOR DIARIO: [illegible]

PERÍODO FACTURADO: [illegible]

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 101 kWh

Comprueba que coincida la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,44
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR NO.:	[illegible]
SUBCLASE:	[illegible]

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115

115

App Enel Clientes Colombia

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Gestor

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.

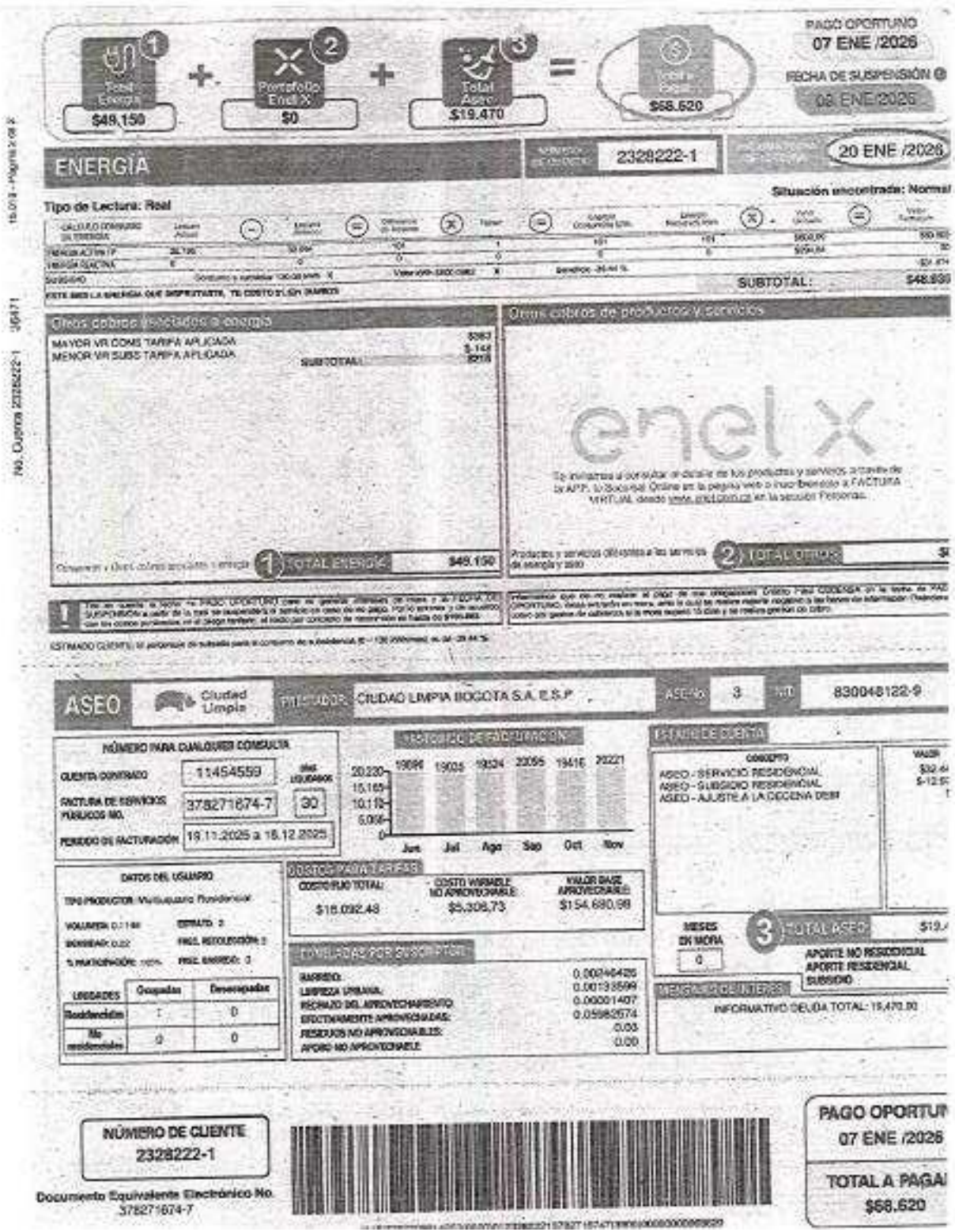
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S E.S.P.

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo

FECHA GENERACIÓN: [illegible]
FECHA EXPEDICIÓN: [illegible]



Total Energía $49.150 + Portafolio Enel X $0 + Total Aseo $19.470 = Total a Pagar $68.620

PAGO OPORTUNO 07 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN 08 ENE /2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 2328222-1

20 ENE /2026

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

SUBTOTAL: $48.930

Otros cobros facturados a energía

MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA $383
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA $-1.164
SUBTOTAL $781

1 TOTAL ENERGÍA $49.150

Otros cobros de productos y servicios

enel x

Te invitamos a conocer el detalle de los productos y servicios a cargo de la APP, la Sucursal Online en la página web o inscribirse a FACTURA VIRTUAL desde www.enelx.co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

2 TOTAL OTROS $

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de su residencial (E – 130 kWh/mes) es del 20.44 %.

ASEO Ciudad Limpia PRESTADOR: CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P ASEO 3 NIT 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO 11454559

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO. 378271674-7

DÍAS LIQUIDADOS 30

PERIODO DE FACTURACIÓN 19.11.2025 a 16.12.2025

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN

Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
19696	19035	19534	20095	19416	20221

Eje: 20.220 / 15.165 / 10.110 / 5.055 / 0

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$32.6
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-12.9
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBI	

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Multiusuario Residencial

VOLUMEN: 0.7 M³ ESTRATO: 2

SUBSIDIO: 0.22 REG. RECOLECCIÓN: 1

% PARTICIPACIÓN: 100% REG. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO RUC TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$16.092,48	$5.306,73	$154.680,98

COMPONENTES POR SUBCUENTA

BARRIDO:	0.00046426
LIMPIEZA URBANA:	0.00133599
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001407
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.05982674
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
APORE NO APROVECHABLE:	0.00

MESES EN MORA 0

3 TOTAL ASEO $19.4

APORTE NO RESIDENCIAL
APORTE RESIDENCIAL
SUBSIDIO

MENSAJES DE INTERÉS

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 19.470,00

NÚMERO DE CUENTE 2328222-1

Documento Equivalente Electrónico No. 378271674-7

PAGO OPORTUN 07 ENE /2026

TOTAL A PAGA $68.620

15/01 - Página 2 de 3

No. Cuenta 2328222-1 JG471

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA Nº (Número de historia clínica): 05

900255003231056

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kenda | COLOR: Blanco-

ESPECIE: CANINO X FELINO ____ | SEXO: HEMBRA X MACHO ____ | RAZA: Pitbull | EDAD: 4 A | PESO: 21.8 kg | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI X NO

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 ____ COMPRADO ____ ADOPTADO ____ REGALADO X FERIO DE CUADRA ____ OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Edwin Ospina Arias | DIRECCION: Kra 124A No 18A37 | TELEFONO: 3006382112

CEDULA: 1000 326 208 | CORREO ELECTRÓNICO: ospina@hotmail.com

BARRIO: San Pablo Jerica | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR ____ | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ____ RURAL ____

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 05-12-2025 | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa N.R.

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 | RABIA: dd/mm/2025

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m | F. RESPIRATORIA: 48 r/m | TEMPERATURA: 38,1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: ____

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2,4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,7 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	____ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2,2 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,96 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ____

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiologo), 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ____ para la realización del procedimiento y exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Angela Marcela Diaz Medica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.V. [illegible]36 | FIRMA:

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

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

[illegible] pueden presentar. Se resalta 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 es 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
Eduardo	1000376308

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor: 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/Tutor: Nro. Identificación: FIRMA:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.000.326.308
OSPINA ARIAS
APELLIDOS
EDWIN
NOMBRES
Edwin Ospina


FECHA DE NACIMIENTO 01-JUL-2002
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
31-AGO-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

enel | Bogotá

Para pagos y consultas ingresa el número de cliente en: **2405720-7**

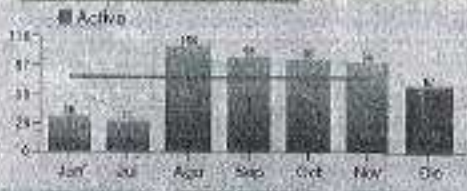
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 370036407-2

CLIENTE

LUZ HELENA ARIAS
KR 194 A NO 18 A 37 IN 3
O
BOGOTA, D.C. - SAN PABLO JERICA

¿Quieres la factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR KWH APLICADO
$906.09

CONSUMO DIARIO
2,23 kWh

VALOR DIARIO
$1.910

PERIODO FACTURADO
20 NOVIEMBRE A 18 DICIEMBRE

DIAS FACTURADOS
30

CONSUMO MES
67 kWh

¡Ahí más evidente acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** descargue en recibo tu cargo de la factura!

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	5,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1800018000300
RUTA LECTURA:	1316018014
MANZANA DE LECTURA:	M3800415115
MEDIDOR NO:	3122347
CLASE:	Medida

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115

115

USO EFICIENTE DE ENERGÍA

Mantén los aparatos eléctricos bien limpios y en buen estado.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios y Modos de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Dancafé

Convenio de Servicio

Canales Digitales

Alianzas de Cobro

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. Kr 4 No. 9-34 Int

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6-91 - 80

ASEO LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 124 # 54 Bodega Local 103-104

Línea de servicio al cliente 115

Si este recibo no fue cancelado oportunamente, por corresponder a un valor no incluido en anteriores facturaciones, se cobrará sobre el consumo de los últimos 5 meses, con una antelación no inferior a la ley 142 (1994 art 150).

FECHA GENERACIÓN
23/12/2025 01:39:21
FECHA EXPEDICIÓN
22/12/2025 12:30:13

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 06	NO 900255003234530 Microchip	FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sol				COLOR: Canela	
ESPECIE: CANINO X FELINO__	SEXO: HEMBRA X MACHO__	RAZA: Mestizo	EDAD: 15 m	PESO: 24 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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__ MIXTO X OTRO	

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO__ COMPRADO__ ADOPTADO__ REGALADO X PERRO DE CUADRA__ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Omaira Argota Arenas	DIRECCION: CL 16 B No 105-28	TELEFONO 3243265883
CEDULA: 28.019.844	CORREO ELECTRÓNICO: omairargota25@hotmail.com	
BARRIO: Villa Carmenza	ESTRATO 3	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 01 07 2025	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 10- 2025	ULT. VACUNACION: NS/NR:
CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa	TRIPLE: dd/mm/aaaa	PENTAVALENTE: 5/08/2025
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. EXAMEN 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: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100	l/m	F. RESPIRATORIA: 28	r/m	TEMPERATURA: 39.9°c	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: Roral	

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2,6 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,9 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,8 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2,4 ml	20'000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,96 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiologo), 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su: ACEPTACION__X RECHAZO__ para la realización del procedimiento sin extremos prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47661	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Ferro MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A T.P. 41441	FIRMA	

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X__ o **RECHAZO**_____ **la declinación de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de identificación: 1001984[illegible]

Yo,_____ identificado con CC. NO._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN 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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 28.019.844
ARGOTA ARENAS
APELLIDOS
OMAIRA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 25-ENE-1979
PELAYA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
08-OCT-1987 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁSALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁSALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil como tú

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de una o varios 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 · Davivienda Corredores · Popular · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático

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

Puntos Presenciales

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

*Si consultas 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.

¡Hola!

ROSALBA PORTILLA
CL 16G 105 28 - VILLA CARMENZA
BOGOTÁ

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5017110-638014

Lote: P13GN Ruta: 001102020808500S000 Código del Sector: 324

Cuenta o referencia de pago 62020973

vanti Lista

Compra televisor, calentador a gas, moto y mucho más, y paga en cuotas sin tarjeta

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 5.300.000



vanti Lista

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

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

ABACHOBO · K-TRONIX · éxito

Términos y condiciones de la promoción en www.grupovanti.com/vantilista

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://m.grupovanti.com/

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

13178

C1

(41)

Diciembre 2025

62020973

BOGOTA

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

vantiV
Más fuerza de avanzar

B

MOVIIRED

31/12/2025 14:07:30h
DISTRASEO EL DIAMANTE
#067809

No. transacción
CON251231.1407.J47714

TRANSACCION EXITOSA
PAGO DE FACTURAS

No. autorización 891965
Convenio VANTI GAS NATUR BOGOTA
No. Ref. 62020973
Valor: $68,440

2 Fecha de suspensión
3 Ene. 2026

3 Periodo facturado
Nov. - Dic. 2025

4 Emisión de tu factura
19 Dic. 2025

Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
25M3	2.570,50	0,00	64.262,50
1UN	4.182,00	0,00	4.182,00
1UN	-4,50	0,00	-4,50

1 – Total $68.440,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

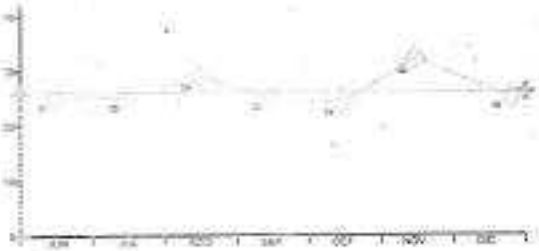
a – Valor facturas vencidas
$0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3
$68.440,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Una Residencial	Factor/Cor.Tras	Días de consumo 29
Fecha	Lectura	Tipo
18 Nov. 2025	6244	REAL
16 Dic. 2025	6277	REAL

M³ consumo = 6277 - 6244 * Factor de corrección = 25

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

Novedades de tu factura

Estimado cliente recuerde que tiene una novedad y el 29/12/2025 para realizar la toma Periódica. De no ser así se cobrará el servicio a partir del 31/12/2025 [illegible] el Contrato de Corresponsabilidad

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria
30 Abr. 2026
La revisión de tu equipo de gas interno es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos por la empresa comercializadora y Resoluciones CREG 067 de 2013 y 131 de 2017.

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

Sep. $2719 Oct. $2746 Nov. $2742

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

Componentes tarifarios

Cm: 1534.73	Tm: 552.57	Cm: 585.11	Cm: 2570.5
Pr: 65.69	Cvm: 0.0	Cvm: 41.52	Cvm: 2570.5
Cvm: 8.8	Tpm: 42.512	CA_Pr: 0.0	CA_Pr: 0.0

Kpi: Tu consumo en m³ de gas es menor. 25%

Vs. hy el diario anterior de 6300 m³

Factor de corrección

Vm: 30	Pm: 0.76788	Pc: 1.00634	Pz: 0.77753		
Vc: 25	Tm: 13.74	Tz: 15.56	Pb: 1.01325		
Pm: 0.752	Fpv: 0.0034	Pz/pc: 1.0			

Factor de corrección: 0.77753

Indicadores de calidad

Hgr: 100.0 | CCI: 0.0 | IA: 100.0 | IT: 100.0



(415)7709999026025(8020)62020973(3900)000000000068440

Estado actual de la Transmisión de Datos Para Información Fiscal (Factura Electrónica) Ley 1819 de 2016 Resolución 000042 de 2020 Anexo Técnico de Factura Electrónica de Venta Versión 1.9 de 2020 Fecha de Validación: 2021-01-01 Fecha de Generación: 2021-01-01 Hora de Generación: 00:00:00 -05:00 Número de Factura: SETP990000001 Tipo de Factura: Factura de Venta Nacional Tipo de Operación: 10 - Estándar Forma de Pago: 1 - Contado Medio de Pago: 10 - Efectivo Moneda: COP Valor Bruto: 68440.00 Valor Impuesto: 0.00 Valor Total: 68440.00 Valor Pagado: 68440.00 Valor Pendiente: 0.00 Valor Descuento: 0.00 Valor Cargo: 0.00 Valor Anticipo: 0.00 Valor Redondeo: 0.00 Valor Neto: 68440.00 Valor Impuesto: 0.00 Valor Total: 68440.00 Valor Pagado: 68440.00 Valor Pendiente: 0.00 Valor Descuento: 0.00 Valor Cargo: 0.00 Valor Anticipo: 0.00 Valor Redondeo: 0.00 Valor Neto: 68440.00

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: 07 (Número de historia clínica)

MICROCHIP: S 900255003234125 M

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mafe

COLOR: Negro / amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 7 M PESO: 20.7 kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: 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 ___ MIXTO ___ OTRO Barf

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Anamaria Ponce Gonzalez

DIRECCION: Cl 22 N° 97-43

TELEFONO: 3196692362

CEDULA: 1016 706 477

CORREO ELECTRÓNICO: anamariaponce@yahoo.es

BARRIO: Centro Fontibon

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Sept 25

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: OCT / 25.

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN 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: 5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m F. RESPIRATORIA: 48 r/m TEMPERATURA: 39 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.3 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.7 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.8 mL	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.0 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.8 mL	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 Ovariohisterectomía/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	Dr. Felipe Alvarez Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la [illegible] T.P 47661	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Ferro MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

FONTIBON

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paro respiratorio o cardiaco, hemorragia, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

[illegible] pueden presentar de realizarse efectos que durante la implantación del microchip pueda generar daños o reacciones adversas que se puedan evidenciar en la zona de implantación, y cuantificarlo como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el sitio por el uso posterior de lociones, talcos, aplicación de cremas, 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 declaración de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa)**. Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
	1016106497

Yo,_____Identificado con CC. No_____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.106.477
PONCE GONZALEZ
APELLIDOS

ANAMARIA
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 27-OCT-1998
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-NOV-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

A-0 DE DERECHO



Bogotá

Para pagar y consultar tu número de cliente es:

0410440-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 376436711-7

ALVARO GONZALEZ R

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



VALOR kWh APLICADO

CONSUMO DIARIO

VALOR DIARIO

PERIODO FACTURADO

DÍAS FACTURADOS

CONSUMO MES

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CONTÁCTANOS

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

FECHA GENERACIÓN
20/12/2025 02:37:11
FECHA EXPEDICIÓN
20/12/2025 11:09:32

$301.280 + $0 + $28.720 = $330.000

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
13 ENE /2026

21 ENE /2026

ENERGÍA

CUENTA CONTRATO 0410440-8

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL $225.224

Otros cobros de productos y servicios

SUBTOTAL $76.056

1 TOTAL ENERGÍA $301.280

2 TOTAL OTROS $0

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — NIT 830048122-9

AVISO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO 10071436

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO 378436711-7

PERIODO DE FACTURACIÓN 16.11.2025 a 16.12.2025

	2025	2026
Jun	29.628	29.102
Jul	22.171	29.815
Ago	14.574	29.662
Sep	7.457	29.847
Oct	0	29.831
Nov		

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$20.741
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$ 5.157
ASEO - INTERES POR MORA	$0

DATOS DE USUARIO

TIPO PRODUCTOR RESIDENCIAL

VOLUMEN ESTRATO 1

CLASE RES RESIDENCIAL

CLASIFICACIÓN RES RESIDENCIAL

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTO AJU TOTAL $16.092,48

COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE $6.645,30

VALOR BASE APROVECHABLE $754.680,58

CARGO	1 - 0246628
LIMPIEZA URBANA	0.0035695
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO	0.0000 1407
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.0598257
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.00
ATADO NO APROVECHABLE	0.00

MESES EN MORA 0

3 TOTAL ASEO $28.720

APORTE NO RESIDENCIAL	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	15%

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 28.720,00

NÚMERO DE CUENTE
0410440-8

Documento Equivalente Electrónico No. 378436711-7

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$330.000

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA Nº: 08 | MICROCHIP: Expiry Date: 2030/09/02 900255003234133 | FECHA: 15-07-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Princesa | COLOR: Blanco / amarillo / Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Beagol | EDAD: 3A | PESO: 15,3 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: 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 ___ COMPRADO X ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUNDRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Edalgis Vides Meneses | DIRECCION: cl 77 c Nº 134-70 | TELEFONO: 3017956136

CEDULA: 1748946398 | CORREO ELECTRONICO: edayovi226@gmail.com

BARRIO: Puente Grande | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NOV/25 | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: DIC/25 | ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa ___ TRIPLE: dd/mm/aaaa MAR/2025 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 | CONDICION CORPORAL: 5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 98 l/m | F. RESPIRATORIA: 42 r/m | TEMPERATURA: 38,1 °c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,7 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,2 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,4 mL	IV.
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,5 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,6 mL	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 Ovariohisterectomía/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	Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47661	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Mesa Ferro 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Asimismo, he recibido información sobre los posibles efectos secundarios y complicaciones 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 aunción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antibióticos, 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
[signature]	1148946398

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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 DISPOSICIÓN DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.148.946.398
VIDES MENESES

APELLIDOS
EDALGIS

NOMBRES
Edalgis Vides

FIRMA

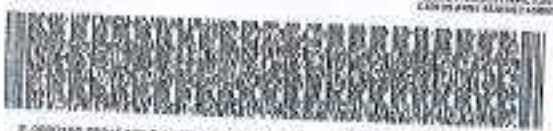




FECHA DE NACIMIENTO 03-OCT-1991
MOMPOS
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
22-MAR-2011 SINCELEJO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



135

UD M7 K 26 3 piso

enel Bogotá

7384819-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 374940745-8

LUIS CARLOS GAVIRIA JARAMILLO
CL 17 C NO 134 70 MZK P10
PISO 3 CASA 26
BOGOTA, D.C. - FUENTE GRANDE

18 352 5975 / 19050535

EL PRÉSTAMO A LA CIUDAD

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

Recibe el dinero en tu cuenta de ahorros o nómina. Abierta ya o una nueva en Bancolombia.
Crédito Fácil CODENSA

Conoce todos los detalles aquí

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa

May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
155	153	151	145	147	135	98

VALOR kWh APLICADO: $600,84

CONSUMO DIARIO: 3,03 kWh

VALOR DIARIO: $1.737

PERIODO FACTURADO: 2 OCT 2025 A 31 OCT 2025 | DÍAS FACTURADOS: 30 | CONSUMO MES: 199 kWh

Este mes aprovechamos para LEER LA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	13005195508975
RUTA LECTURA:	521852424410
MANZANA DE LECTURA:	M3005419515
MEDIDOR No:	19952535
SUBCLASE:	Básica

CONTACTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: (601) 6 115 115

115 Opción 1

¿CÓMO PAGAR TU ACTURA?

Canales Virtuales de Pago

Canales Físicos

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Cajeros ATH

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. — TV 4 No. 61A-25

CLEAN CITY BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 6 - 30

ASEA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 13A # 64 - 30 Local 101-104

Línea de servicio al cliente 115

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo — Vigencia: OCTUBRE

FECHA GENERACIÓN: 24/11/2025 01:42:23
FECHA EXPEDICIÓN: 24/11/2025 14:39:36

$52.710 + $0 + $22.890 − $75.600

03 DIC /2025

05 DIC /2025

7384819-8

19 DIC /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $52.714

Ajustes a la Decena

SUBTOTAL: $-4

$52.710

$0

CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P

3

830046122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO 700305822

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO 374694746-6

Días Utilizados 31

PERIODO DE FACTURACIÓN 19.10.2025 a 16.11.2025

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$34.619
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-13.920
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$1.395
ASEO - INTERES POR MORA	$1

	Cruzados	Descruzados
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

BARRIDO	0.00046428
LIMPIEZA URBANA	0.00133599
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO	0.00001407
EFECTIVAMENTE APROVECHADOS	0.05950421
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.03
ARCHIVO NO APROVECHABLE	0.00

COSTO PUO TOTAL	$18.856,57
RESIDUO VERDADERO NO APROVECHABLE	$8.693,76
VALOR BASE APROVECHABLE	$154.050,96

APORTE NO RESIDENCIAL 0%
APORTE RESIDENCIAL 0%
SUBSIDIO 40%

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $0.00.00

NÚMERO DE CUENTE
7384819-8

Documento Equivalente Electrónico No.
374694746-8

PAGO OPORTUNO
03 DIC /2025

TOTAL A PAGAR
$75.600

FONTIBÓN

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA (Número de Historia Clínica): 09

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231517

FECHA: 15-07-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna

COLOR: Negro / Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 1A PESO: 17.4 kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN 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 ___ COMPRADO X ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Eliana Carolina Ibague Acosta

DIRECCION: cl 14 N° 77A 50

TELEFONO: 3013206303

CEDULA: 1055690331

CORREO ELECTRÓNICO: cibague0306@gmail.com

BARRIO: el charco ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Nov/25

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: N/R

ULT. VACUNACION: NS/NR:

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa Julio/25 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. CONDICION CORPORAL: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m F. RESPIRATORIA: 42 r/m TEMPERATURA: 38,1 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,3 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,9 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,3 mL	11
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,2 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,20 mL	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 Ovariohisterectomía/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	Dr. Tulio Suarez Médico Veterinario Universidad de la Salle T.P 47661	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Mesa Ferro MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

FONTIBÓN

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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones necrológicas e incluso la muerte.

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 antibióticos, 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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 pueden 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
Diana Paqui	1055690331

Yo,_____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.055.690.331
IBAGUE ACOSTA

APELLIDOS
ELIANA CAROLINA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-JUN-1993
SORA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
30-ENE-2012 SORA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
DEL ESTADO CIVIL

A-1300150-01275595-F-1055690331-20220106 0070713420A 2 85206857

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 5

3077356-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 970238276-0

CLIENTE

COOPERATIVA CASA NACIONAL DEL PROFESOR CANAPRO
CL 14 NO. 119 A 80 MZ I CA 10
TZ I CA 10
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO I

10 303 2706 / 107633

Consulta tu factura virtual y Escanea el código

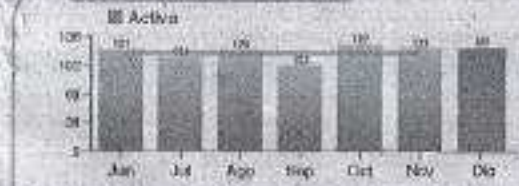
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR KWH APLICADO $900,00

CONSUMO DIARIO 4,07 kWh

VALOR DIARIO $1.270

PERÍODO FACTURADO: 20/09/2025 A 19/10/2025

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 122 kWh

Con tu factura al día y la LECTURA DE TU MEDIDOR y... CONSUMO inteligente de energía, ¡ganas todos!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	1,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1090163010796
RUTA LECTURA:	1310250071
MANZANA DE LECTURA:	MS57052057
MEDIDOR NO:	107633
CIRCULAR:	Edad=1

USO EFICIENTE DE ENERGÍA

Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Evita una sacudones, planchas o las pulsos cerca de fuentes de agua.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Girardot en el 601 5 120 120

115 Desde las 24 horas

Línea gratuita nacional 018000 115 115

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S.E.S.P. — Tv 4 Nte. 50A-95

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 6-3 - 39

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 80 # 54 38-51 Local 125 126

Línea de servicio al cliente 115

¿CÓMO PAGAR LA FACTURA?

Medios internos de Pago

Billeteras Virtuales

Corresponsales Bancarios

Red Electrical

Centros de Servicio

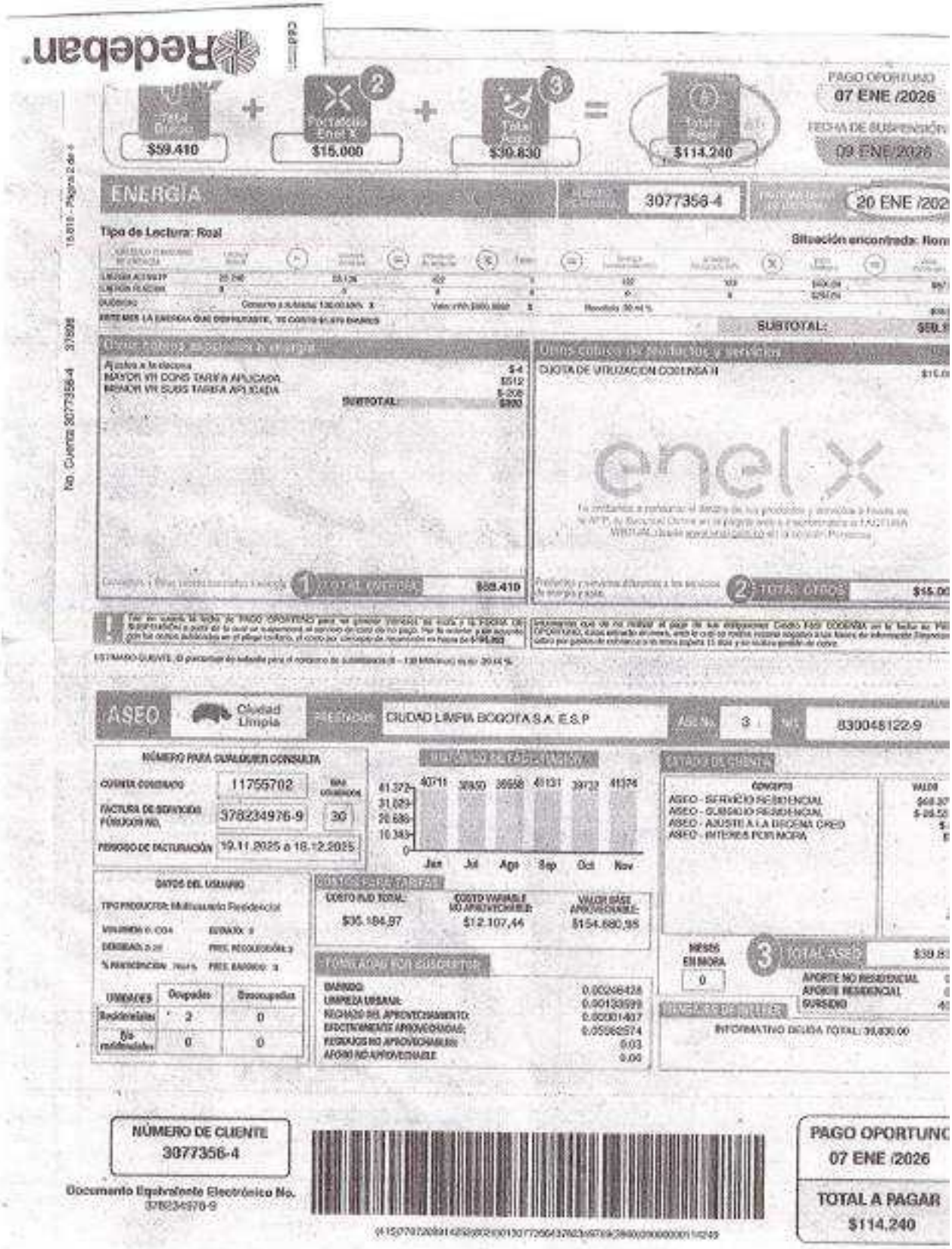
Códigos QR

Alianzas de Cadena

En esta factura vas un cupón adicional que corresponde a un sorteo no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 6 meses, por esta única vez y no afecta los consumos futuros, conforme a la Ley 142 / 1994 (art. 136).

FECHA GENERACIÓN 20/10/2025 01:11:33
FECHA EXPEDICIÓN 20/10/2025 14:15:03

COMPONENTE TARIFARIO / Componentes del precio — Vigencia: oct/2025



Redeban

$59.410 + $15.000 + $30.830 = $114.240

PAGO OPORTUNO
07 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
09 ENE /2026

ENERGÍA — 3077356-4 — 20 ENE /202

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Nor

SUBTOTAL: $59.1

Otros cobros o descuentos a el cargo

Ajustes a la decena $-4
MAYOR VR DCNS TARIFA APLICADA $512
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA $-208
SUBTOTAL: $300

Otros cobros de productos y servicios

CUOTA DE UTILIZACION CODENSA II $15.0

enel X

1 TOTAL OTROS $58.410

2 TOTAL OTROS $15.0

ESTIMADO CLIENTE, El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de: 20.44 %

ASEO — Ciudad Limpia — PRESTADOR: CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P — Aseo No. 3 — NIT 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	11755702	No. USUARIOS
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.	378234976-9	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.11.2025 a 18.12.2025	

HISTÓRICO DE CONSUMO

Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
40711	39450	39558	41131	39712	41374

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTO: Multiusuario Residencial

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

COSTOS POR SUSCRIPTOR

COSTO AUA TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$35.184,97	$12.107,44	$154.680,98

FACTORES POR SUSCRIPTOR

BARRIDO:	0.00248438
LIMPIEZA URBANA:	0.00133598
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001407
EFECTIVIDAD DE APROVECHADAS:	0.05982574
PESAJES NO APROVECHABLES:	0.03
AFORO NO APROVECHABLE	0.00

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$68.30
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-28.52
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-4
ASEO - INTERES POR MORA	$-

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO $39.8

APORTE NO RESIDENCIAL
APORTE RESIDENCIAL
SUBSIDIO

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 39,830.00

NÚMERO DE CLIENTE
3077356-4

Documento Equivalente Electrónico No.
378234976-9

PAGO OPORTUNO
07 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$114.240

FONTIBON | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA: 10 (Número de historia clínica) | MICROCHIP: 900255003219179 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lola | COLOR: Negro amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO | SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA: Pinsher | EDAD: 4A | PESO: 4.7 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION 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: Angela Giset Baeza Rodriguez | DIRECCION: Kr 112 N° 23A 32 | TELEFONO: 3793573900

CEDULA: 1076024278 | CORREO ELECTRÓNICO: angela.baja@gmail.com.

BARRIO: Versalles | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Dic/25 | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Julio/25 | ULT. VACUNACION: NS/NR:

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa: Julio/25 | 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. EXAMEN 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: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m | F. RESPIRATORIA: 42 r/m | TEMPERATURA: 39,1 °c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,5 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,4 mL	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN(S.P.B.)	0,5 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 mL	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 Ovariohisterectomía/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: M. Tulio Suárez, Médico Veterinario y Zootecnista, Universidad de la Salle, T.P 47661

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa Ferro, MÉDICA VETERINARIA, U.D.C.A. T.P. 41441

FIRMA:

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Además, he sido informado que durante el procedimiento quirúrgico pueden presentarse complicaciones como las siguientes: 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 abuso posterior de lesiones, laberes, tallos, 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
Angela B.	1016024278

Yo,_____ identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.016.024.278**

BORJA RODRIGUEZ

APELLIDOS

ANYELA GISET

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-FEB-1990**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-FEB-2008 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00947823-F-1016024278-20171020 0058100004A 1 9901884508

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:

Sin filas y ahorra tus pagos.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Pagos electrónicos en otras entidades

Podeban Bancolombia BBVA Bancolombia Banco Falabella Banco Agrario Nequi daviplata

Recuerda que puedes pagar las facturas de Vanti a través de nuestros canales habilitados en cada una de tus transacciones

Escanea para pagar tu factura

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Bancolombia Colpatria
Corresponsales Grupo Aval*

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo - Móvil 164 o 01 8000 919 692
01 8000 181 164

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

¡Hola!

ALEJANDRO BORJA
KR 112 23A 32 02 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097197-175854

Lote: P13GN Ruta: 0011020190750005100 Código del Sector: 326

Cuenta o referencia de pago **61327474**

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 Lista 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 5p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 942 784
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4753

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 313 416 6154

Ir a Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 1340 de 2022.

CARTA SUJETA A CONDICIONES COMERCIALES VIGENTES

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago 81327474

vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno 07 Ene. 2026

2 Fecha de suspensión 08 Ene. 2026

3 Periodo facturado Nov. - Dic. 2025

4 Emisión de tu factura 19 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad (Unidad de M)	Valor unitario ($)	IVA (%)	Subtotal Gas ($)
CONSUMO GAS	23M3	2.570,50	0,00	59.121,50
FIJO	1UN	4.182,00	0,00	4.182,00
AJUSTE DECENA	1UN	-3,50	0,00	-3,5

1 – Total $63.300,0

Tus financiaciones

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

1 – Total 80,00

1 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $63.300,0

Pago por

Ejemplo de código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Sucursal Con Tres Día de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
18 Nov. 2025	9655	ESTIMADO
16 Dic. 2025	9685	REAL

m³ consumidos= 9685 - 9655 * Factor de corrección = 23

Tu próxima lectura será Entre 14 y el 19 de Enero

Novedades de tu factura

Después de la fecha de pago oportuno, se generarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $11.000

(415)7709990026025(8020)81327474(3900)000000000063300

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

29 Jun. 2030

Agende ya tu RPO aquí

Tarifas

Sep. $2716 Oct. $2748 Nov. $2742

Componentes tarifarios

Componente: Cm: 1333,73 Tm: 582,87 Cm: 588,11 Cm: 6570,6
CF: 55,09 Ctrm: 0,0 Cotrm: 6196,0 Ctrm: 5278,5
Ctrm: 0,0 Pcom: 40,612 DALR: 0,0 DALRR: 0,0

Ajuste Tu consumo en m³ de gas mayodel: 672
Usado y el precio unitario del SMP es: $232,709

Factor de corrección

Um: 30 Pz: 0,79768 Tz: 1,00834 Pc: 0,77253
Vc: 23 Tm: 15,74 Tc: 15,88 Pcc: 1,01305
Pc: 0,760 Pm: 0,0834 P'm: 1,0

Factor de corrección: 0,77253

Indicadores de calidad

PCT: 100,0 DC: 100,0 PC: 100,0

USUARIOS EXPERTOS NO RECIBEN PAPEL

ALCALDÍA DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA. Número de historia clínica	MICROCHIP: Expiry Date: 2030/09/02 900255003219451	FECHA:
11		15 - 01 - 2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Violeta		Negro Amarillo Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: Mestizo	EDAD: 8 Meses	PESO: 14.2 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL: 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 ___ MIXTO X OTRO ___

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Doris Aidana Benavides	Cl 25g 101B 70	3133779752
CEDULA: 91672851	CORREO ELECTRONICO: dorisaidanabenab@hotmail.com	
BARRIO: San Jose / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___
NR	20-Nov-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: 20-Nov-25 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. | CONDICION CORPORAL: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 98 l/m	F. RESPIRATORIA: 42 r/m	TEMPERATURA: 38 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.1 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.3 ml.	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.56 ml.	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 Ovariohisterectomía/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
	Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47661	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Munoz Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

FONTIBÓN

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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

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 aplicación, además de posible infección en el área por el mal 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
	41'672.851

Yo,_____ identificado con CC. No _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZON:**

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.672.851

ALDANA BENAVIDES
APELLIDOS

DORIS
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-NOV-1957
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-NOV-1976 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDON LOPEZ



A-1500115-45142592-F-0041672851-20080118 0490166016A 02 204095985



acueducto

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: A2 RUTA: A22032 BIMESTRAL

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá, ESP
NIT 899 999 094 - 1

Representante Legal y Administrador

Número de identificación

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA D G DE TRIANA

Dirección del predio
CL 25G 101B 70

Barrio: SAN JOSE DE Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

10145933
Cuenta contrato
Num. de identificación de este predio

42120263613
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Periodo facturado OCT/07/2025 - DIC/04/2025

Pago oportuno ENE/14/2026 Suspensión ENE/19/2026

Fecha de corte de esta factura: MAR/04/2026
Fecha y hora de generación de esta factura: DIC/24/2025 01:38:10
Fecha y hora de generación de esta factura: DIC/24/2025 04:20:43

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

Datos de tu medidor
Marca: FLOWS CHILE
Serie: A1804Fxxx
Tipo:
Diámetro pulgadas:

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

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

Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y ahí encontrarás todas las alternativas donde puedes pagar tu factura y realizar tu pago a través de internet.

14937

cadena

87733 43.

ALCALDÍA MAYOR DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 12

MICROCHIP: 900255003231987

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Coral

COLOR: Negro / Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA X MACHO RAZA: Mestizo EDAD: 9M PESO: 15.6 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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 MIXTO X OTRO

ORIGEN: NS/NR RESCATADO X COMPRADO ADOPTADO REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ingrid Carolina Martinez Camacho

DIRECCION: Kr 70V Bis A 19-27

TELEFONO: 3133614446

CEDULA: 1015999812

CORREO ELECTRÓNICO: tachetesama6@gmail.com

BARRIO: Centro Fontibon

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR Bachille

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Dic 25

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: N/R

ULT. VACUNACION: NS/NR X

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN 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: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
98 l/m	42 r/m	38,1 °C	2 seg	Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,7 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,2 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,8 ml	IV.
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	76 ml	30.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,84 ml	1mg/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 (estándar, criptorquidia), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO para la realización del procedimiento sin exámenes preoperatorios.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47661

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa Ferro MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441

FIRMA:

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X___ o **RECHAZO**_____ la **declinación de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa)**. Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que puedan 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de identificación:
	1015999812

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor: 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/Tutor: Nro. Identificación FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.015.999.812
MARTINEZ CAMACHO

NOMBRES
INGRID CAROLINA

FIRMA



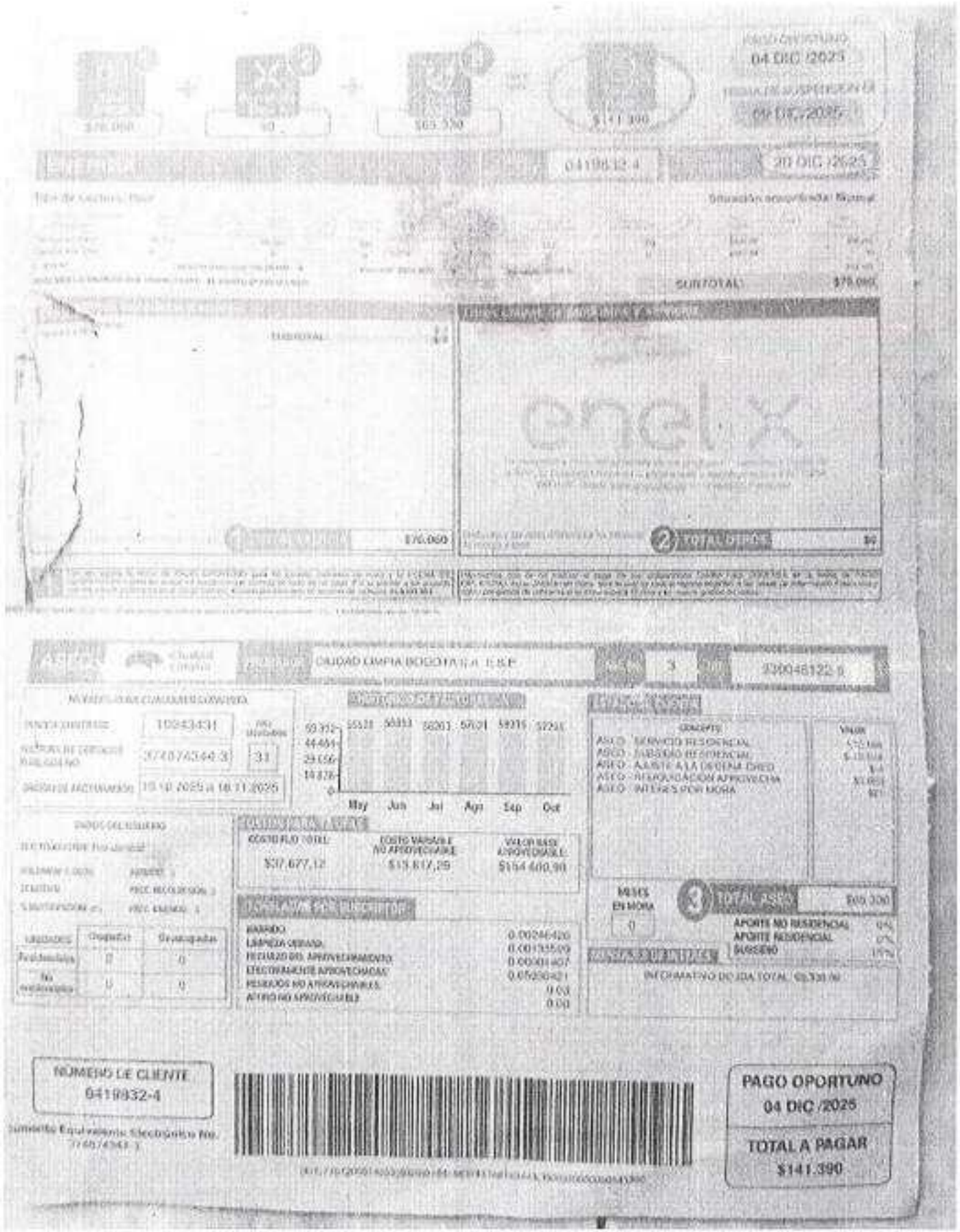


FECHA DE NACIMIENTO 18-JUL-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 A- F
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-ENE-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR




enel Bogotá
0419832-4
LUIS C DIAZ
FONTIBON
BOGOTA D.C. - CENTRO FONTIBON
¡LLEGO A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000
EN EFECTIVO
Activa
VALOR kWh APLICADO
CONSUMO DIARIO
VALOR DIARIO
PERIODO FACTURADO
DIAS FACTURADOS: 30
INFORMACIÓN DE LA CUENTA
CLASE DE SERVICIO:
ESTRATO:
CARGA FIN:
FACTOR:
RUTA REPARTO:
RUTA LECTURA:
MANZANA DE LECTURA:
SECUENCIA:
SUBCLASE:
CONTÁCTANOS
Bogotá, Soacha y Girardot: 601 5 115 115
115
PUNTOS DE ATENCIÓN AL CLIENTE
RED CADE


$76.000
$0
$65.390
$141.390
04 DIC /2025
04 DIC /2025
SUBTOTAL
$76.000
enelx
$76.000
$0
CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P.
3
230046122-9
10243431
31
May
Jun
Jul
Ago
Sep
Oct
COSTO FIJO TOTAL
$37.677,12
COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE
$15.617,29
VALOR BASE APROVECHABLE
$154.600,90
BARRIDO
LIMPIEZA URBANA
RECURSO DEL APROVECHAMIENTO
ESTACIONAMIENTO APROVECHADO
RESIDUOS NO APROVECHABLES
APORTE NO APROVECHABLE
0,00246420
0,01135509
0,00001607
0,05230421
0,03
0,00
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DIC20
ASEO - REFACTURACION APROVECHA
ASEO - INTERESES POR MORA
MESES EN MORA
0
TOTAL A PAGAR
$69.330
APORTE NO RESIDENCIAL
APORTE RESIDENCIAL
SUBSIDIO
NUMERO DE CLIENTE
6419832-4
PAGO OPORTUNO
04 DIC /2025
TOTAL A PAGAR
$141.390

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA Número de historia clínica: 13 | MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003219177 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Molly | COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Fresh Poodle | EDAD: 7A | PESO: 7. KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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 ___ MIXTO X OTRO

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maritza Mantilla Rojas | DIRECCION: el 72f # 119-27 | TELEFONO: 3134337963

CEDULA: 52054125 | CORREO ELECTRÓNICO: maritzaman2006@yahoo.com

BARRIO: El Refugio | ESTRATO: 2. | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Nov/25 | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Sep/25

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa ___ TRIPLE: dd/mm/aaaa ___ PENTAVALENTE: dd/Nov/24.

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. | CONDICION CORPORAL: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 98 l/m | F. RESPIRATORIA: 42 r/m | TEMPERATURA: 38,1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,8 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,3 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,7 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,25 ml	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 Ovariohisterectomía/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	Angela Mercedes Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Monsalve Ferro MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

FONTIBON

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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

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 lesiones, jabones, lociones, 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
x	5205417 5

Yo,_____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLABECER 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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

52054125

MARIELA ROJAS





FECHA DE NACIMIENTO 10-FEB-1970
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-NOV-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

enel Bogotá

1549428-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3700537007-2

CARLOS ALBERTO PARDO
CL 82 F NO 110 A 21 PI 1
PISO 1
BOGOTA, D.C. - EL REFUGIO



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA ES:	2
FACTOR:	30,0
RUTA REPARTO:	1
RUTA LECTURA:	1108301001R04
MANZANA DE LECTURA:	001501001
MEDIDOR BO:	4804941600
SUBCLASE:	003502
	Física

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

FECHA GENERACIÓN: 21/10/2025 00:00:00
FECHA EXPIRACIÓN: 21/10/2025 17:03:19

$130.630 + $25.500 + $45.180 = $201.310

30 OCT /2025

31 OCT /2025

1549428-2

18 NOV /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $130.630

SUBTOTAL: $0

$130.630

$25.500

ASEO

CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P

3

830046122-6

CUENTA CONTRATO	30903592	NO. MEDIDOR	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.	370689707-8	No. UNIDADES	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.09.2025 a 18.10.2025		

61.640	40971	38563	41139	39303	42054	41140
31.150						
20.770						
10.390						
0						
	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep

COSTO PLAN TOTAL	COSTO PROMEDIO NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$36.212,28	$12.763,71	$154.680,08

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$66.677
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-26.151
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREG	$-1
ASEO - RECUPERACION APROVECHA	$3.648
ASEO - INTERES POR MORA	$7

APORTE NO RESIDENCIAL	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	40%

$45.180

INFORMATIVO DEUDA TOTAL $5.190,83

VIVIENDAS	Conectado	Reconectados
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

BARRIDO	0.002 96426
LIMPIEZA URBANA	0.031 23580
RECHAZO DE APROVECHAMIENTO	0.000 31407
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.052 04240
APORTE NO APROVECHABLE	0.00
	0.00

NÚMERO DE CUENTE
1549428-2

Documento Equivalente Electrónico No.
370689707-8

PAGO OPORTUNO
30 OCT /2025

TOTAL A PAGAR
$201.310

31 545 - Factura en 2

No. Cuenta 1549428-2 46621

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZAC

Expiry-Date: 2030/09/02 15

900255003234134

HISTORIA CLÍNICA (HC) Número de Historia Clínica: 14

MICROCHIP: Número de Microchip

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: NOA

COLOR: Negro / Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Fiesh poodle EDAD: 1A PESO: 8.5 KG BAZA DE 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: Maritza Mantilla Rojas

DIRECCIÓN: cll 22 F N° 179-27

TELEFONO: 3134337963

CEDULA: 52054725

CORREO ELECTRÓNICO: maritzaman 2006 @ yahoo.com

BARRIO: El Refugio

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Agosto/25

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Sep/25

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa Nov/24

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. CONDICION CORPORAL: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 98 l/m F. RESPIRATORIA: 42 r/m TEMPERATURA: 38,1 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,9 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,7 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 mL	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,9 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,36 mL	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 Ovariohisterectomía/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	Angela Maricela Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A.	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso T.P. 45036 MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

FUNDACION

II. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, estando que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Asimismo, me han explicado que existen otros riesgos que pueden presentarse, sin embargo, se me ha explicado 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa)**. Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
	5705475

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

Nombre del responsable/Tenedor: CC	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:


52054125
MANTILLA ROJAS
MARUZA


FECHA DE NACIMIENTO 10-FEB-1970
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
30-NOV-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Bogotá

1549428-2

CARLOS ALBERTO PARDO



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

$130.630 + $25.690 + $45.180 = $201.310

30 OCT /2025

11 OCT /2025

1549428-2

18 NOV /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUB TOTAL: $130.630

SUB TOTAL $0

$130.630

$25.690

$25.690

CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P

1

830048122-9

CUPO CONSUMO	30303892	
REFERENCIA PAGO TURQUESA	370308707-8	30

40.500	40871	39083
31.155		
20.770		
10.385		
0	Abr	May

Jun	Jul	Ago
41199	56303	45511

Sep	41540

0	

$35.212,29	$12.783,71

$184.630,00	

Suspensión	2	0
Fa	0	0

0,00	
0,00	
0,00	
0,00	
0,00	

$45.180	
0%	
0%	
49%	

NUMERO DE CUENTA
1549428-2

Documento Equivalente Electrónico No.
370308707-8

PAGO OPORTUNO
30 OCT /2025

TOTAL A PAGAR
$201.310

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS. CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA (Número de Historia Clínica): 15

MICROCHIP: Expiry Date 2030/09/02 900255003219453

FECHA: 15-09-2026

ORIGEN: CPS ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CASAS ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bambi

COLOR: Negro Amarillo Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 1 año PESO: 4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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 ___ MIXTO X OTRO ___

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mariana Ortiz Espinoza

DIRECCION: Cl 17 b 118-25

TELEFONO: 3203959525

CEDULA: 1030683909

CORREO ELECTRÓNICO: mariortiz301197@gmail.com

BARRIO: San Pablo Jerica

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: ___

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Dic/25

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NK

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I (II) III IV V VI E

CONDICION CORPORAL: 5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 98 l/m

F. RESPIRATORIA: 42 r/m

TEMPERATURA: 38,1 °c

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,4 ml.	1-3mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,16 ml.	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 Ovariohisterectomía/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	Angela Valentina Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Mesa Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

FONTIBÓN

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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo autorizo la aplicación de [illegible] y entiendo la información [illegible] 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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 pueden 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/Tutor:	Nro. de identificación:
Mariana Ortiz	1030683409.

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

Nombre del responsable/Tenedor: CC	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor: Nro. Identificación: FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN 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/Tutor: Nro. Identificación: FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.030.683.409
ORTIZ ESPINOZA
APELLIDOS
MARIANA
NOMBRES

Mariana Ortiz E.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 30-NOV-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
30-DIC-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

44296

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Calle 82 No. 13 - 45 Piso 1

0407804-3

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 376217570-1

ADELIA DIAZ MOLANO
CL 17 D NO 118 25
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - SAN PABLO JERICA

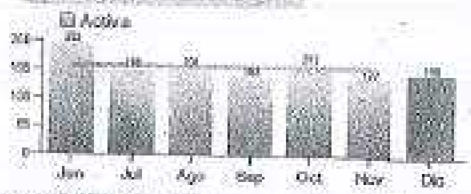
16 319 0202 / 4016266

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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





VALOR KWh APLICADO: $800,05

CONSUMO DIARIO: 6,30 kWh

VALOR DIARIO: $4.547

PERIODO FACTURADO: 20 NOV/2025 A 19 DIC/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 190 kWh

LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de la factura

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	2,90
FACT:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR NO:	[illegible]
SUBCLASE:	Básica

CONTÁCTANOS

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 110

CÓMO PAGAR TU FACTURA

Medios Virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red de Pago

Centros de Servicio

Código QR

RED CADE

COMPONENTES TARIFARIOS

FECHA GENERACIÓN: 20/12/2025

FECHA EXPEDICIÓN: 20/12/2025

44296

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA: HC Número de Historia Clínica: 16 | MICROCHIP: 900255003219452 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Cloe | COLOR: Café Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ____ | SEXO: HEMBRA X MACHO ____ | RAZA: Mestizo | EDAD: 9 meses | PESO: 3.4 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ____ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN 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 ____ COMPRADO ____ ADOPTADO X REGALADO ____ PERRO DE GUARDA ____ OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Lucia Betancourth Castaño | DIRECCION: Kr 135 17-35 | TELEFONO: 3209392689

CEDULA: 39749368 | CORREO ELECTRÓNICO: M31081530l0@gmail.com

BARRIO: Puente Grande | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Primaria NS/NR: ____ | TIPO DE VIVIENDA: CASA ____ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa ____ | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 23 dic 25

ULT. VACUNACION: NS/NR: ____

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa ____ TRIPLE: dd/mm/aaaa ____ PENTAVALENTE: 23/Dic/25

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa ____ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa ____ RABIA: dd/mm/aaaa ____

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa ____ LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ____ RABIA: dd/mm/aaaa ____

4. EXAMEN 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: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 98 l/m | F. RESPIRATORIA: 42 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: ____

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.3 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.2 ml.	N°
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	____ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	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 Ovariohisterectomía/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	Médico Veterinario Zootecnista Universidad de la Salle T.P 42661	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

FONTIBÓN BOGOTÁ

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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

[illegible] pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip pueda 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 efecto posterior de leucinas, 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esta 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
Martha Betancourth	39.749.368.

Yo_____identificado con CC. No _____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.749.368**

BETANCOURTH CASTAÑO

APELLIDOS

MARTHA LUCIA

NOMBRES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **06-DIC-1967**

SEVILLA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-JUL-1986 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1516000-00473847-F-0039740368-20130922 0035007661A 1 1842420380

La Oficina Virtual del Acueducto de Bogotá es

TU ESCUDO CONTRA EL FRAUDE



Conoce más y paga tu factura en
www.acueducto.com.co

¡AGUAS! CON LA SEGURIDAD

Antes de dejar entrar a un funcionario a tu casa...



- ✔ **Verifica** su uniforme con el logo de la EAAB.
- ✔ Pide su **carné** institucional.
- ✔ **Confirma** que la visita haya sido notificada.
- ✔ Si tienes dudas, llama a la **Acualínea 116.**

Denuncia en la Línea 116 cualquiera de las siguientes situaciones. Así protegerás la disponibilidad de tus servicios públicos:

- El hurto o faltante de medidores, rejillas y tapas.
- Cajas o tapas levantadas o inexistentes.
- Manipulación de cajas, tapas, rejillas, medidores, hidrantes o centros de medición por parte de personal ajeno a la empresa.
- Cualquier otra actividad irregular que observes en la red de acueducto y alcantarillado.

BOGOTÁ

El hurto o daño de infraestructura afecta nuestra disponibilidad y prestación de agua y alcantarillado e incluso puede generar riesgos adicionales en el sector.

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

ESTÁS INSCRITO EN FACTURA VIRTUAL

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: 3 CICLO: 53 RUTA: 533710

BIMESTRAL

12616668	11816459611
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
CONSTRUCCION CAMINOS DE FONTIB

Dirección del predio
KR 135 17 35 TO 3 AP 422

Barrio: PUENTE GRANDE Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

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

Datos de tu medidor
Marca BAYLAN **Tipo** VELOCIMETRICO
Serie 13015332 **Diámetro pulgadas** ½

Periodo facturado SEP/20/2025 - NOV/19/2025

Pago oportuno	Suspensión
DIC/26/2025	DIC/31/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/17/2026	DIC/06/2025 07:03:48	DIC/06/2025 11:55:05

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

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

cadena.

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 12 m^3



En este período consumiste más agua que en el anterior

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

En este período 16.000

Promedio al día 262

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	175	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	159	Base promedio	
Tu consumo este período	16	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	[illegible]	Tipo	VELOCIDAD
Serie	13815213	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Cerrar la llave cuando te cepilles los dientes.
- Usar la lavadora con la carga completa.
- Recoger el agua de la ducha en un balde mientras esta se calienta.

Tu cobro en este período

Acueducto $67.774,72 (A) + Alcantarillado $62.613,94 (B) + Otros cobros $60 (C D E F)

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

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período

Ingresos que la EAAB-ESP recauda a la [illegible]

= **Total a pagar** $130.450

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): [illegible]

DOMICILIARIOS SAS. LIBRO DE REGISTRO 1-16/2000 TU EAB-ESP

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant. ×	Valor unitario ×	Aporte (+) ó Subsidio (-)* % =	Valor	Tarifa*** =	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$3.793,62	-15	$2.939-	$6.328,13	$16.652,24
Consumo residencial básico (m³)	16,00	$3.793,93	-15	$9.022-	$3.260,76	[illegible]
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$11.961-		$67.774,72

B Alcantarillado

	Cant. ×	Valor unitario ×	Aporte (+) ó Subsidio (-)** % =	Valor	Tarifa*** =	Total
Cargo fijo residencial (mes)	[illegible]	$4.614,50	-15	$1.397-	$3.957,84	$7.915,10
Consumo residencial básico (m³)	16,00	$4.121,98	-15	$9.853-	$3.418,68	$54.698,84
Subtotal				$11.550-		$62.613,84

*Corresponde a consumo de hasta 11 m³ bimestrales [illegible]. **(+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: [illegible]

*** La tarifa se determina [illegible] cargo fijo y del consumo [illegible]

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico [illegible]

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$26,38	$91,15
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$422	$1.458

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 007 de 2004)

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Intereses de mora	$60
Subtotal	$60

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

Nequi dale! Punto pago efecty puntored

Red CADE: [illegible]

La EAAB-ESP [illegible]

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$130.450

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO
[illegible] (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en corresponsales bancarios)

19342

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA (Número de historia clínica): 17

MICROCHIP: 900255003231506

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mia

COLOR: Negro Beige

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 1 año PESO: 12.9 Kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: 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 ___ FERIA DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Katherin Vargas Colmenares

DIRECCION: Dg 16B Bis 97-30

TELEFONO: 3194985039

CEDULA: 1016055628

CORREO ELECTRONICO: Katherdvarcares1516@gmail.com

BARRIO: San Pedro de los Robles

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Dic/25

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Oct/25

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 RABIA: dd/mm/aaaa 2025/2025

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

4. EXAMEN 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: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 98 l/m | F. RESPIRATORIA: 42 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.4 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	13 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.52 ml	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 Ovariohisterectomía/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: Angela Ricardo Diaz — Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa Ferro — MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441

FIRMA:

FONTIBÓN

B. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paro respiratorio, accidentes anestésicos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

[illegible] 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 antibióticos, 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO** los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
Katherin Vallejos	1016055628

Yo,_____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor: CC	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.016.055.628
VARGAS COLMENARES

APELLIDOS
KATHERINE

NOMBRES

Katherin Vargas

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 16-MAY-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

01-JUN-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL



enel | Bogotá

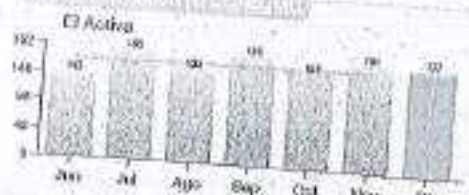
1318723-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3785

HUGO ARBEYO PEA
DG 18 B BIS NO 97 30 PI 3
BOGOTA, D.C. - SAN PEDRO DE LOS ROBLES

18 338 8675 / 92349491

Activa



VALOR KWH APLICADO $506,05

CONSUMO DIARIO: 5,71 kWh

VALOR DIARIO: $3.045

PERIODO FACTURADO: 22 NOV 2025 A 22 DIC 2025

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 177 kWh

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

Un mal uso de energía puede causar accidentes, cortocircuitos y fallas en el servicio.

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



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 2
CARGA KW: 5,00
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 1003015308975
RUTA LECTURA: 13
MANZANA DE LECTURA: 1003015332
SECUENCIA: 2
MEDIDOR: Directa

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 6 15 115

3.15 Días

PUNTOS DE ATENCIÓN ENEL

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

FECHA GENERACIÓN: 27/12/2025 01:10:01
FECHA EXPEDICIÓN: 27/12/2025 15:04:13



1318723-7

22 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGIA ACTIVA	61.151	61.474	127	1	127	127	Efectiva	$107.870
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	129.634	$0
SUMADO		Constante multiplic. 120,00 kWh		Valor kWh $842,5862		Base kWh (mes)		$107.870

ANTES PAGO LA MODERNA QUE SUPERÉ ESTE COSTO ESTOS BIENES

SUB TOTAL: $100.000

Ajustes a la decena		$-1
MAYOR VR COBRADO TARIFA APLICADA		$764
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA		$-232
	SUBTOTAL:	$531

$101.120

Intereses y recargos financiación y otros por mora de meses atrás: $0

Si no cubre la cuota 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 lo establecido publicado en el página tarifaria, el costo por concepto de reconexión asciende de $100.000

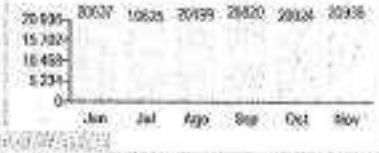
Cobro para usted de no realizar el pago de sus obligaciones. Cobro Por CONFLICTO en la factura de energía CONFLICTO, debes cubrirse en mora, pues la cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y centrales para cobro de cobranza a terceros superior "5 días y se realiza con fin de cobro

ESTIMADO CLIENTE: El promedio de consumo para el mes con de calculo de $ - 130 kWh/mes) es de 39.48 %

CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P. | 3 | 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER LEGALIDAD

CUENTA CONTRATO	19570858	No. FACTURA
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.	378539341-8	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	21.11.2025 a 20.12.2025	



DATOS DEL USUARIO

Uso Factura 208: Residencial

VIVIENDA: 4 cuarto	ESTRATO: 3
CATEGORIA:	REG. FACTURACIÓN: 1
% Subsidio/Contribución:	PERIODO: 3

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTO DUO TOTAL:	$15.048,85
COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	$6.367,86
VALOR PAGO APROVECHABLE:	$154.580,95

BARRIDO	0.03346498
LIMPIEZA URBANA	0.00133599
PROYAD DEL APROVECHAMIENTO	0.00001407
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS	0.05988574
COSTOS NO APROVECHABLE	0.03
COSTO NO APROVECHABLE	0.03

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$35.045
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-10.328
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBI	$4
ASEO - INTERES POR MORA	$19

MESES EN MORA: 0

$30.040

APORTE NO RESIDENCIAL	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	40%

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 20.350,00

NÚMERO DE CLIENTE
1318723-7

Documento Equivalente Electrónico No. 378539341-8

(415)7707200014253(8020)1318723(3900)(96)20260108(96)20260122(3902)121210

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$121.210

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC (Número de Historia Clínica): 18

ANCHO: 900255003219444

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mplu

COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 7A PESO: 3.6 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: 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 ___ MIXTO X OTRO ___

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE GUARDA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Dolly Parada Martinez

DIRECCION: CL 19B No 119A 76

TELEFONO: 3116801017

CEDULA: 52.656.017

CORREO ELECTRONICO: anadollyparadam@gmail.com

BARRIO: Charco ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: ___

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 11-2025

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 09 2025.

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa ___ TRIPLE: dd/mm/aaaa ___ PENTAVALENTE: dd/09/2025

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/09/2025.

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa ___ LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/mm/aaaa ___

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I (II) III. IV. V. VI. E.

CONDICION CORPORAL: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 98 l/m F. RESPIRATORIA: 42 c/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.3 ml	5-7mg/kg IV
	Morfina	0.2 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiologo), 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 Ovariohisterectomía/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: Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Alonso Ferro MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441

FIRMA:

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

[illegible] 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
[signature]	52 656 017

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.656.017
PARADA MARTINEZ
APELLIDOS
ANA DOLLY
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 12-SEP-1980
FALAN
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-DIC-1998 VILLETA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Por favor doble y rasga para abrir la factura



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Pagos electrónicos en otras entidades

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

Escanea para pagar tu factura

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático

Síguenos en 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 Superkiraes: Metro, Jumbo, Éxito

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.085.812-0

¡Hola!

Enero 20-26

vanti

Más formas de avanza

Vanti S.A. ESP

SANDRA ELENA LOTERO DUQUE
CL 148 119A 76 T02 01202 - CHARCO
BOGOTA

Medidor Gas No. 5007114-1051037

Lote: P16GN Ruta: 00118400828300095O0 Código del Sector: 437

Cuenta o referencia de pago 64430819

vanti Listo

Compra

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.800.000

vanti Listo



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

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Factura de gas

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago: 64430819

BOGOTÁ

NIT: 890.007.625-9
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 14 Ene. 2026

2 — Fecha de suspensión: 15 Ene. 2026

3 — Periodo facturado: Nov. - Dic. 2025

4 — Emisión de tu factura: 24 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	M3	2.570,50	0,00	23.134,50
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	2.834,15	0,00	56.683,00
MENOS SUBSIDIO (32%)	1UN	-19.482,76	0,00	-19.482,76
AJUSTE DECENA	1UN	-4,74	0,00	-4,74
Vand Max Con Permanencia F	1UN	11.994,37	2.285,63	14.190,00

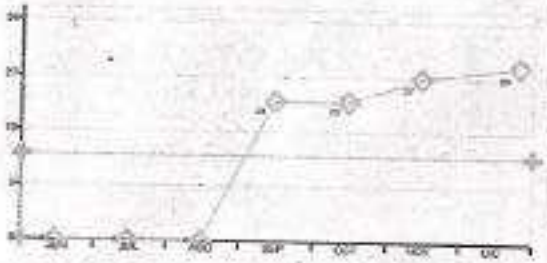


1 — Total $76.520,00

Tus financiaciones

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

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat. Dos — Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
21 Nov. 2025	2172	REAL
20 Dic. 2025	2210	REAL

m³ consumidos: 2210 - 2172 * Factor de corrección = 29

Tu próxima lectura será: Entre 18 y el 23 de Enero

Novedades de tu factura

Cuota $ 2570,50

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Mar. 2030

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos por la regulación vigente. Resoluciones CREG 067 y 41.368 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Cm: 1324.72 Tm: 982.67 Dm: 888.11 Cm: 0.0
Pr: 85.09 Cvm: 0.0 Cvfm: 0.0 Cvum: 0.0
Cmc: 0.0 Fcom: 48.5 m3 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mijo! Tu consumo en m³ de gas equivalen 342 kWh y el precio unitario del kWh es $1.852,205

Factor de corrección

Mm: 29 Rx: 0.75706 Rt: 1.00634 Ft: 0.77659
Vc: 29 Tm: 13.24 Te: 15.00 Pe: 1.01500
Pa: 0.752 Pm: 0.8854 F pc: 1.0

Factor de corrección: 0.77659

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DCG: 0.0 ID: 100.0 IPS: 100.0



C1 66405

ALCALDÍA DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CAMINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: 19 | HC: (Número de registro cerrado) | M: 900255003234782 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Manchas | COLOR: Blanco- Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Pinscher | EDAD: 18 m | PESO: 2.9 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO V

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO V | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO V | TIPO DE ALIMENTACION: 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: Dary Martinez Ramirez | DIRECCION: CL 17D No 123B 32 | TELEFONO: 3223224065.

CEDULA: 65.710.744 | CORREO ELECTRÓNICO: 3223224065@smcorreo.com.

BARRIO: San Pablo Jerico | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 11-2025 | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: N-R

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 | RABIA: dd/05/2025

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m | F. RESPIRATORIA: 48 r/m | TEMPERATURA: 38.1 fc | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,2 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 ml	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 Ovariohisterectomía/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: Angela Marcela Vargas Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Munoz Perez MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441 | FIRMA:

FONTIBÓN

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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he sido informado(a) y comprendo los riesgos que implica la implantación del microchip y que pueden presentar. Se resalta 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 contaminan 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa)**. Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de identificación:
Duvy Martinez	65710744 84

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **65.710.744**

MARTINEZ RAMIREZ

APELLIDOS

DARY

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-SEP-1963**

LIBANO
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-MAR-1963 LIBANO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00687625-F-0065710744-20170306 0054121263A 1 9999175634

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. ESP
NIT 900699255-0
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

49068

Para cualquier consulta por favor indique el número de cliente

0407822-3

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 370691-609 2

CLIENTE

GREGORIO RODRIGUEZ
CL 17 B NO 123 B 32
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - SAN PABLO JERICA

16 318 7144 / 842215

¿Deseas ver tu factura sobre el mapa? Escanea este código

Realiza tus trámites de forma fácil y segura.

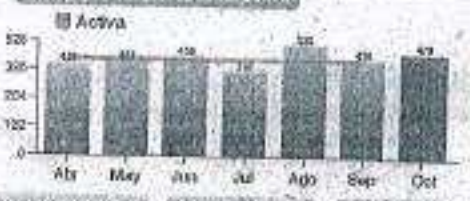
Ingresa a www.enel.com.co y podrás:

- Pagar seguro por PSE
- Consultar facturas, descargarlas y más

Solo debes registrarte, iniciar sesión y asociar tu cuenta con los dígitos del medidor ubicado en el exterior.



APROVECHAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $918,60

CONSUMO DIARIO 14,82 kWh

VALOR DIARIO $11.420

PERIODO FACTURADO 18 SEP 2025 A 30 OCT 2025

DIAS FACTURADOS: 53

CONSUMO MES 679 kWh

¡Si en los próximos días la LECTURA SE TOMA DIGITADA se CONSUMO promedio de los últimos doce (12) meses.

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,50
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1301016187144
RUTA LECTURA:	1316180025
MANZANA DE LECTURA:	M9906F1317
MEDIDOR NO:	842215
MARCA/SIC:	Elster

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTACTANOS

Registrate gratis

Bogotá, Soacha y Girardot en el Cód 6 116 116

116 Gratis desde tu línea

PUNTOS DE ATENCION ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. TV 4 No. 69A-25

CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6 B - 40

ASEO LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 139 # 94-40 Int 1 Local 103-181

Línea de servicio al cliente 116

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Efectivo

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

COMPONENTES EMPAQUE / Composición del cobro

FECHA GENERACIÓN
29/10/2025 00:25:04
FECHA EXPEDICIÓN
29/10/2025 14:08:41

49068

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	+	3 Total Aseo	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO
$376.260		$21.100		$128.970		$526.330	31 OCT /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN: 04 NOV/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0407822-3 | FECHA LÍMITE: 19 NOV /2025

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

CARGOS DEL MERCADO	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de Medida	×	Factor	=	Energía Consumida	Ajuste Consumo	×	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA	94.728		94.350		378		1		378	378		$1.000		$378.000
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$2.630,19		$0
AJUSTE DEC	Consumo acumulado: 19.037 kWh			X	Valor kWh $378,00		X		Subsidio: 15,00 %					-$56.700

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISTRIBUYE, TU COSTO ES $1.400 PROMEDIO

SUBTOTAL: $376.255

Otros cobros, procedentes de terceros

Ajustes a la decena	$5
SUBTOTAL:	$5

Otros cobros, productos y servicios

COBRO SEGUROS	$1.133

enel X

Ya no tendrás que comunicar el daño de tus productos y servicios asegurados a la APP, la Sucursal Online o la línea de atención. Ahora podrás hacerlo a FACTURA VIRTUAL desde cualquier canal con la misma atención. Personas.

Cada kWh = 0,76 cuota de energía esencial

1 TOTAL ENERGÍA $376.260

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y gas

2 TOTAL OTROS $21.100

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 la entrada en vigencia de la Ley 2194 de 2022 con los cortes publicados en el trabajo facturado, el costo por concepto de reconexión es hasta de $665.881

Cualquier duda de su cuenta el pago de sus conceptos Cargo Fijo, consumo en la fecha de PAGO OPORTUNO, debe estar en ese mes, antes la cual se realiza mensual negativa a las bases de información Financiera y cobro por cuanto de consumos en la mora superior 15 días y de mayor gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: Cuando usted no suministra para el consumo de subsistencia (C = 192 kWh) cuota de 15,00 %

ASEO

Ciudad Limpia

NIT/Razón Social: CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P | Código: 3 | NIT: 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	10329534	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	370991429-2	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.09.2025 a 18.10.2025	

DATOS DEL USUARIO

TIPO DE USUARIO: Residencial

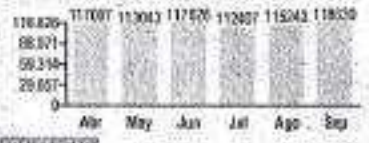
VOLUMEN: [illegible] | ESTRATO: 2

ORIGEN: [illegible] | RSDO. RECOLECTADOS: 0

% PARTICIPACIÓN en [illegible] | RSDO. BARRIDO: 0

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	0	0
No residenciales	0	0

HISTÓRICO DE CONSUMO



DETALLE

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$124.811
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-69.222
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-1
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$14.304
ASEO - INTERES POR MORA	$78

DISTRIBUCIÓN TARIFA

COSTO PUA TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$72.424,53	$20.585,17	$164.660,00

CONSTANTES POR SUSCRIPTOR

BARRIDO	0,00248426
LIMPIEZA URBANA	0,00130999
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO	0,00001407
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS	0,00040240
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0,03
APORTE NO APROVECHABLE	0,00

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO: $128.970

APORTE NO RESIDENCIAL	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	15%

INFORMACIÓN DE INTERÉS

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 128.970,00

NÚMERO DE CLIENTE
0407822-3

Documento Equivalente Electrónico No.
370991429-2

PAGO OPORTUNO
31 OCT /2025

TOTAL A PAGAR
$526.330

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC Número de Historia Clínica: 20

MI: 900255003219443

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD Y ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Perla

COLOR: Cafe.

ESPECIE: CANINO X FELINO ____ SEXO: HEMBRA X MACHO ____ RAZA: Cocker EDAD: 2A PESO: 11 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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 ____ COMPRADO X ADOPTADO ____ REGALADO ____ PERRO DE CUADRA ____ OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Elena Sotero Duque.

DIRECCION: Calle 14B No 119A 76

TELEFONO: 3142682984.

CEDULA: 30 329 689

CORREO ELECTRÓNICO: Cawibalotero duque @ gmail. com

BARRIO: El chanco 1.

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller.

TIPO DE VIVIENDA: CASA ____ APTO X RURAL ____

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 21-12-2025

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 11-2025.

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa ____ TRIPLE: dd/mm/aaaa ____ PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa ____

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa ____ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa ____ RABIA: dd/mm/aaaa ____

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa ____ LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ____ RABIA: dd/mm/aaaa ____

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I. (II) III. IV. V. VI. E

CONDICION CORPORAL: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 98 l/m | F. RESPIRATORIA: 42 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.2 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.9 mL	5-7mg/kg IV
	Morfina	0.4 mL	IV.
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.1 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.44 mL	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 Ovariohisterectomía/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: Angela Maria Ruiz Diaz. Medica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa Torres. MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441

FIRMA

FONTIBÓN

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

[illegible] 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
Sandra Yotero	30329688

Yo,_____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 30.329.689
LOTERO DUQUE

APELLIDOS
SANDRA ELENA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-SEP-1973
AGUADAS
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-MAY-1992 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

Pago Noviembre 20-12-2025

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

NAG
Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 53 RUTA: 533720 BIMESTRAL

12174265
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

43459962718
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Mecanismo de Descuento Contribución Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
ALIANZA FIDUCIARIA FIDEICOMISO

Dirección del predio
CL 149 119A 76 TO 2 AP 1202

Barrio: **EL CHANCO I** Localidad: **FONTIBON**

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: FLODIS CYBLE Tipo: VELOCIMETRIA
Serie: A145480233 Diámetro pulgadas ½

Periodo facturado SEP/20/2025 - NOV/19/2025

Pago oportuno DIC/26/2025 Suspensión DIC/31/2025

Fecha estimada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/17/2026	DIC/06/2025 07:03:10	DIC/08/2025 11:55:25

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

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

cadena

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 18 m³



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

En este período	Promedio al día
16.000	262

En este período consumiste menos agua que en el anterior.

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	1141	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1125	Base promedio	
Tu consumo este período	16	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadores	

Datos de tu medidor

Marca	FLODYS CYBLS	Tipo	VELOCIMÉTRICO
Serie	4145-480233	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:



Cerrar la llave cuando te cepilles los dientes.



Usar la lavadora con la carga completa.



Recoger el agua de la ducha en un balde mientras esta se calienta.

Tu cobro en este período

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros
$47.840,72	+	$44.197,94	+	$27.065-
A		B		C D E F

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

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período

= **Total a pagar** $64.975

CUDE: 0bd1fe4e0d0167185d0a93e80b21e1974208d3c2cc6c1 [illegible]

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$3.796,52	-40	$7.837-	$5.677,23	$11.754,24
Consumo residencial básico (m³)	16,00	$3.768,03	-40	$24.058-	$2.755,41	$38.088,48
Consumo residencial superior básico (m³)	-					
Cargo fijo residencial (mes)	-					
Consumo básico (m³)	-					
Subtotal				$31.895-		$47.840,72

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
[illegible]	2,00	$4.555,83	-40	$5.726-	$2.793,63	$5.587,10
[illegible]	16,00	$4.521,64	-40	$26.745-	$2.415,10	$38.610,84
Subtotal						$29.456-

$44.197,94

* Corresponde a consumo de hasta 15m³ 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. [illegible]

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$15,00	$84,24
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$299	$1.029

El Mercado Y La [illegible]

C Otros conceptos

Concepto	Valor
[illegible]	$27.065-
Subtotal	27.065-

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 Efigas [illegible]

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$64.975

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

[illegible]

26552

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia clínica: 21

900255003234540

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Panela | COLOR: dorado

ESPECIE: CANINO X FELINO__ | SEXO: HEMBRA X MACHO__ | RAZA: Cocker | EDAD: 2 A | PESO: 12.1 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI__ NO X | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO__ CONCENTRADO__ MIXTO X OTRO

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO__ COMPRADO X ADOPTADO__ REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mercedes Maria Varela. | DIRECCION: Kra 112b No 22 I 88 | TELEFONO: 3023852330

CEDULA: 51822000 | CORREO ELECTRÓNICO: mechis_mariavarela@yahoo.com

BARRIO: Versalles | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Tecnologo NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 11-2025

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 09-12-2025

ULT. VACUNACION: NS/NR:

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa | PENTAVALENTE: 09-12-2025

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa | PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa | RABIA: 09-12-2025

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I (II) III IV V VI E | CONDICION CORPORAL: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 98 l/m | F. RESPIRATORIA: 46 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml	5-7mg/kg IV
	Kheping	0.4 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.2 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.48 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiologo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirurgico y especificamente 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 complementarios.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Angela Valencia Diaz — Medica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036 | FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Munoz Ferro — MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441 | FIRMA:

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
	51822000 Bta

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
51822000

NUMERO

MURCIA VARELA

APELLIDOS

MERCEDES

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 23-MAR-1966
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-SEP-1984 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500030-7311973-F-0051822000-20030313 0052 0307TH 02 14 1866534

FACTURA EN LÍNEA



Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibir 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

Inscríbete aquí

Tiene más beneficios

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Davivienda · Colpatria · Banco de Bogotá · Bancolombia · Banco Popular · Banco Caja Social · Nequi · dale

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

Escanea para pagar tu factura

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático

Síguenos en nuestras redes sociales como @grupovanti y conoce nuestros incentivos

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

CANALES SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 900.966.812-6

¡Hola!

ENRIQUETA VARELA
KR 112B 22I 88 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP

Medidor Gas No. 5097197-185770

Lote: P13GN Ruta: 0011020180630005000 Codigo del Sector: 326

Cuenta o referencia de pago 60808237

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 5.300.000

vanti Listo



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

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

KTRONIX

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a Viernes 7a.m. a 6 p.m.
Sábados 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 342 794
Bogotá (601) 307 3171
Sudamericana (607) 585 4795

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea

Para más información ingresa tu clave de seguridad o los números que se encuentran en el reverso de la factura

9919

G1

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago 60808237

PAGUE AQUÍ

NIT 900.007.813-1
Vigilado SUI. ESP.
www.gasnatural.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 07 Ene. 2026

2 — Fecha de suspensión: 08 Ene. 2026

3 — Periodo facturado: Nov. - Dic. 2025

4 — Emisión de tu factura: 19 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS				
FIJO	52M3	2.570,50	0,00	133.666,00
AJUSTE DECENA	1UN	4.182,00	0,00	4.182,00
	1UN	2,00	0,00	2,00

1 – Total $137.850,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

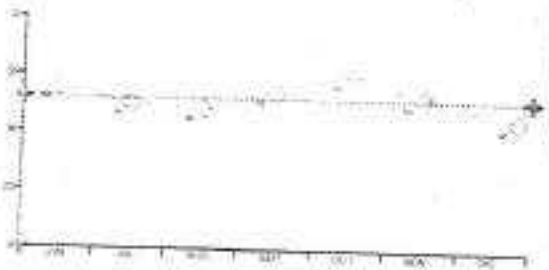
3 – Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $137.850,0

Pague por

Diríjanse al código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
18 Nov. 2025	8899	REAL
16 Dic. 2025	8966	REAL

m³ corregidos: 8966 - 8899 * Factor de corrección = 52

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

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 31 May. 2028

Agenda tu RPO aquí

Tarifas

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

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

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Factor de corrección: 0,7720

Indicadores de calidad



(415)7709990029025(8020)60808237(3900)0000000137850

Apto 101 - (3) - 59.100
201 - Ø
Mamá - (4) - 78.800

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 22

NÚ: 900255003231124

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nucita. COLOR: Cafe-blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 14 m PESO: 9.4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: 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 ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Viviana Jola Fuquene

DIRECCION: AC 24 No 120-21

TELEFONO: 3123539698

CEDULA: 1019987188

CORREO ELECTRÓNICO: Jolalaura84@gmail.com

BARRIO: El refugio

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 12-2025

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 11-2025

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 ___ RABIA: dd/11/2025.

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa ___ LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/mm/aaaa ___

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I (II) III IV V VI E

CONDICION CORPORAL: 5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m

T. RESPIRATORIA: 42 r/m

TEMPERATURA: 38 °c

TLLC: 2 SEG

MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.8 ml	5-7mg/kg IV
	Morfina	0.4 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST-OPERATORIO	PEN G.P.B.I	0.9 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.36 ml	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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), como fue manifestado de manera libre y voluntaria en: ACEPTACION ___ RECHAZO ___ para la realización del procedimiento sin inconvenientes.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Angela Tibaquicha Diaz
Médica Veterinaria
Universidad U.D.C.A.
M.P. 45036

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Alonso Ferro
MEDICA 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 Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por este 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de identificación:
	1094878[illegible]

Yo,_____identificado con CC. No:_____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, no **RETRACTO** de realizar la intervencion quirúrgica Ovariohistectomia / Orquectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.019.987.188



JOLA FUQUENE

LAURA VIVIANA

COL | 1.54 | F

04 NOV 2005 | O+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

07 NOV 2023, BOGOTA D.C.

09 NOV 2033

0328032048



ICCOL0328032048150O1<<<<<<<<<<<
0511047F3311097COL1019987188<1
JOLA<FUQUENE<<LAURA<VIVIANA<<<

enel | Bogotá

1821270-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No.

ANCELMO JOLA NN
AC 24 NO 120 21 PI 2
P 2
BOGOTA, D.C. - EL REFUGIO

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA KW:	7,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	
RUTA LECTURA:	
MANZANA DE LECTURA:	
MEDIDOR NO:	37212
SUBCLASE:	Media

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 3 115 115

115 Puntos de atención

Línea de servicio al cliente 110

787

Redeban

EM 06 2026 11:30:04 #0005 9.90

CORRESPONSAL
BANCOLOMBIA
PAGAFACIL CENTRO DE PA
CR 100 18 59 LC 102 CC
CLIENTE: 3007018239 TERM: AAA02264
RECIBO: 010249 MOV: 013664
RECAUDO AUTO: 127972
CONVENIO: 92707
NOM EMEL COLOMBIA SA
REF: 0000000000000001821270D

TU CORRESPONSAL BANCARIO NO DEBE COBRARTE POR HACER ESTA TRANSACCION.
Bancolombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la información en este documento este correcta. Para reclamos comuníquese al 018000912345. Conserve esta tirilla como soporte.

*** CLIENTE ***

07 ENE /2026

$20.110 $220.040 09 ENE/2026

1821270-D 20 ENE /2026

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $139.860

$139.750 $60.000

CLIMOD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P 3 830046122-9

SUBSIDIO PARA CUALQUIER CONSUMO

CUENTA CONTRATO 70212006

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 378263566-3 30

PERIODO FACTURACIÓN 19.11.2025 a 18.12.2025

DATOS DEL USUARIO

CONCEPTO VALOR

ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL $33.517

ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL $ 13.407

CONSUMO TOTAL $19.092,48 VALOR MES APROVECHABLE $6.361,60 VALOR DE APROVECHABLE $154.880,98

MORA BIMESTRA 0 $20.110

APORTE NO RESIDENCIAL 0%

APORTE RESIDENCIAL 0%

SUBSIDIO 40%

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $0.110,00

Inmuebles	Ocupados	Desocupados
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

ALCALDÍA FONTIBÓN BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA (HC) Número de historia clínica: 23	MICROCHIP: 900255003219455	FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Victoria				COLOR: Gris		
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA: Mestizo	EDAD: 3 años	PESO: 9.4 KG	BAJA DE MANEJO ESPECIAL 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 FERIA DE CUADRA OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mercedes Fonseca Walteros	DIRECCION: Cl 17A 96B 78	TELEFONO: 3123536967
CEDULA: 20972087	CORREO ELECTRONICO: 3123536967@simcorreo.com	
BARRIO: Villemar	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X
NR	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: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 98 l/m	F. RESPIRATORIA: 42 r/m	TEMPERATURA: 38 °c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.8 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina.	0.4 ml	IV.
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.8 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.32 ml	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 Ovariohisterectomía/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	Angela Fernanda Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Arenas Ferrer MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

FONTIBÓN

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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones urológicas e incluso la muerte.

[illegible] pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos a 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
Mercedes Fonseca Walteros	20472087 chia.

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **20.472.087**

FONSECA WALTEROS

APELLIDOS

MERCEDES

NOMBRES

Mercedes Fonseca W.

FIRMA



30-ENE-1962

FECHA DE NACIMIENTO

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.40 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

03-SEP-1981 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1505500-01270446-F-0020472087-20211202 0077049970A 1 8503375931

enel | Bogotá

0958494-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 370412288-9

MARIA A SIERRA
CL 17 A NO 95 B 79
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - VILLEMAR

17 525 6459 / 7455067

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	10.05
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1090173
RUTA LECTURA:	13
MANZANA DE LECTURA:	
MEDIDOR NO:	7455067
BANCA/AA:	Banco

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. — Punto No. 2 A 40

CODAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 6 B - 20

ATESA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 129 # 54 - 38 B Local 105 - 107

Línea de servicio al cliente 115

FECHA GENERACIÓN:
26/12/2025 09:45:37
FECHA EXPEDICIÓN:
26/12/2025 10:32:10

$49.280 + $0 + $28.710 = $77.990

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
13 ENE/2026

ENERGÍA

0958494-2

21 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $48.065

Otros cobros por productos y servicios

anelx

SUBTOTAL: $49.280

SUBTOTAL: $0

ASEO

Ciudad Limpia

CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P

3

830046122-9

NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO: 10742122

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO: 378442266-2

DÍAS FACTURADOS: 30

PERIODO DE FACTURACIÓN: 10.11.2025 a 10.12.2025

	2407	2167	2015	2055	2047	2305
30.000						
22.500						
15.000						
7.500						
0						

Jun Jul Ago Sep Oct Nov

CONCEPTO	VALOR
ASEO - RETIRO RESIDENCIAL	$31.79
ASEO - BARRIDO RESIDENCIAL	$-5.02
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREC	$-4

DATOS DEL USUARIO

TIPO RESOLUCIÓN: Residencial

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

DOBLO FIJO TOTAL	DOBLO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$15.092,46	$6.948,30	$154.680,95

BARRIDO:	0.062464426
LIMPIEZA URBANA:	0.001335529
RECAUDO DEL APROVECHAMIENTO:	0.000014407
EFECTIVAMENTE APROVECHADOS:	0.058803574
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
ACERO NO APROVECHABLE:	0.00

MESES EN MORA: 0

SUBTOTAL ASEO: $20.710

APORTE NO RESIDENCIAL 0%
APORTE RESIDENCIAL 0%
SUBSIDIO 15%

INFORMATIVO DEUDA TOTAL $5.710,00

NÚMERO DE CLIENTE
0958494-2

Documento Equivalente Electrónico No.
378442266-2

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$77.990

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA (Número de Historia Clínica): 24 | 900255003219456 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Simona | COLOR: Cafe amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Pinscher | EDAD: 5A | PESO: 3.8 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: 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 ___ MIXTO X ___ OTRO ___

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE GUARDA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Ines Toban Martinez | DIRECCION: Kra 112A No 22D48 | TELEFONO: 3214364063.

CEDULA: 35.115.870 | CORREO ELECTRÓNICO: blancatoban@hotmail.es

BARRIO: Versalles | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Tecnologo NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 10-2025 | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 11 2025

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa ___ TRIPLE: dd/mm/aaaa ___ PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa 11-2025

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/mm/aaaa 11-2025

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa ___ LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/mm/aaaa ___

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m | F. RESPIRATORIA: 48 r/m | TEMPERATURA: 38 °C | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,4 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 mL	N
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,16 mL	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 Oranintubación/Anestesia/Cirugía/Hospitalización), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento y exámenes preoperatorios.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036 | FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa Ferro MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441 | FIRMA

FONTIBON

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

[illegible] 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
Martha Tobon M.	35.115.870 Quet.

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35.115.870
TOBON MARTINEZ
APELLIDOS
MARTHA INES
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-FEB-1978
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
04-DIC-1997 CERETE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 5

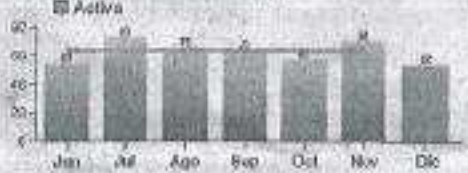
2366908-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 37504396-5

HACTOR CARLOS ESPINOSA ROA
KR 112 A NO 22 D 48 IN 1
PISO 1
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

15 204 0612 / 19426854

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR KWh APLICADO $609.66

CONSUMO DIARIO 2.97 kWh

VALOR DIARIO $1.405

PERIODO FACTURADO: 10 AGO 2025 A 10 OCT 2025

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 89 kWh

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3080205340813
RUTA LECTURA:	1203240820
MANZANA DE LECTURA:	M0080497M
MEDIDOR NO:	19426854
DISCLAIMER:	Electro

HISTÓRICO DE CONSUMO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 6 126 126

116 Puntos de Pagos

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A. E.S.P.	TV 4 No. 54A-05
DISCAO LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Bogotá # 9-B - 05
ASEA LIMPIA USERA NO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 32B # 94 08-80 Local 102-104

Líneas de servicio al cliente 115

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

Billeteras Virtuales

Corresponsales Bancarios

Red Baloto

Centros de Servicio

Código QR

Aliados de Cadena

En esta factura vas un concepto adicional que corresponde a un valor no aplicado en facturas 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 22/10/2025 01:25:59
FECHA EXPEDICIÓN 23/10/2025 12:00:10

$42.450 + $0 + $28.710 = $71.160

PAGO OPORTUNO
06 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
06 ENE /2026

ENERGÍA — 2366908-7 — 19 ENE /2026

o de Lectura: Real — Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $42.164

enel X

1 TOTAL CUENTA $42.450

2 TOTAL OTROS $0

ASEO — Ciudad Limpia — PRESTADOR: CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P — SSF No. 3 — Nit 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

ENVIA CONTRATO	10400001	días suministro
LTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.	378041390-5	30
ODO DE FACTURACIÓN	19.11.2025 a 18.12.2025	

HISTÓRICO DEL ACUEDUCTO

Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
20497	28102	26810	28008	28047	29830

(29.835 / 22.371 / 14.914 / 7.457 / 0)

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$33.781
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-5.067
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREG	$-4

DATOS DEL USUARIO

	Propietario	Desocupado
	1	0
No Residentes	0	0

CONSUMO ACUEDUCTO

COSTO PUC TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$13.052,46	$6.646,50	$154.680,98

CONSUMO POR SUBSIDIOS

SUBSIDIO:	0.000295495
LIMPIEZA URBANA:	0.00153599
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001607
RESPONSABLE APROVECHABLES:	0.000832574
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
APORTE NO APROVECHABLE	0.00

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO $28.710

APORTE NO RESIDENCIAL	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	15%

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $9.710,80

NÚMERO DE CUENTE
2366908-7

nto Equivalente Electrónico No.
378041390-5

PAGO OPORTUNO
06 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$71.160

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

Expiry-Date:2030/09/02
900255003231055

HISTORIA CLINICA UT (Número de Historia Clínica): 25 | NO (Número de Historia Clínica): X | FECHA: 15/01/26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kiara | COLOR: Negro.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 2A | PESO: 37.3 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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 ___ MIXTO X OTRO ___

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Andreina Rodriguez Rojas | DIRECCION: Cl 17 NO 103B13 P2 | TELEFONO: 3025633692

CEDULA: 33799816 | CORREO ELECTRÓNICO: Andrerodriguez156@gmail.com

BARRIO: El Carmen fontibon | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD/ NS/NR: Bachiller. | TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Julio 2025 | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: oct/25

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 ___ RABIA: 24/Feb/25

FELINOS:
TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa ___ LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/mm/aaaa ___

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m | F. RESPIRATORIA: 46 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.1 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA:	3 ml	5-7mg/kg IV
	Morfina	1 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN(S.P.B.)	3.7 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	7.4 0 ml	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 Ovariohisterectomía/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: Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45038 | FIRMA

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

FONTIBÓN

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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo me han explicado los beneficios y posibles complicaciones que 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 antibióticos, 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa)**. Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
✓	✓ 337986

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:



1730718

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información originada.

MIGRACIÓN

IPCOL3379816<<7<<<<<<<<<<<<<<<
8804259F3105308VENE1730718<<<5
RODRIGUEZ<ROJAS<<ANDREINA<<<<<





enel Bogotá

0407089-1

JAIRO ANDRES ACEVEDO MARTINEZ

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CALIDAD DEL SERVICIO

CONTÁCTANOS

COMO PUEDE SER FACTURA

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

Expiry-Date: 2030/09/02

HISTORIA CLÍNICA (Número de Identificación): 26

900255003234537

NO (Número de Microchip): X

FECHA: 15-01-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD: X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Almendra | COLOR: Chocolate

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 12M | PESO: 21 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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 ___ MIXTO X OTRO ___

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO X ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Roberto Rodriguez Rodriguez | DIRECCION: KR 111A 23A 42 01 | TELEFONO: 3222955755

CEDULA: 3069657 | CORREO ELECTRÓNICO: Cr759426@gmail.com

BARRIO: Versalles | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD/ NS/NR: Bachiller. | TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NOV 25 | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: SEP/25

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: 28/06/25 | 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. | CONDICION CORPORAL: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 98 l/m | F. RESPIRATORIA: 42 r/m | TEMPERATURA: 38,1 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2,3 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,7 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,8 mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN.(S.P.B.)	2,1 mL	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,84 mL	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 Ovariohisterectomía/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	Dr. Felipe Suarez Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 49661	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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 mantiene como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antiguijes, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminan 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
	3069652

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 3.069.657
RODRIGUEZ RODRIGUEZ

APELLIDOS
CARLOS ROBERTO

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-ENE-1960
CHOACHI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

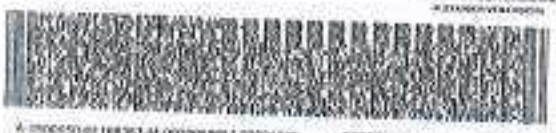
1.68
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

03-NOV-1978 LA CALERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
DEL ESTADO CIVIL



A-1500150-00168363-M-0003069657-20201002 0072835010A 1 2010240117

132

FACTURA EN LÍNEA



Escanea el código QR, recibirás un e-formulario y empieza a recibir tu factura Vanti en tu correo electrónico.

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



Solicita tu FACTURA EN LÍNEA y pídela a través de

en Mail y sigue los 4 pasos

Mundo digital Vanti

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

Tarjeta PSE

Botón Bancolombia

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

Recuerda para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Recaudo Bancolombia BBVA Bancolombia Banco Agrario 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

...ucir nuestro consumo ...lo se traduce en un ahorro ...bolsillo familiar y contribuye ...a las emisiones de gases ...invernadero, principal causa ...bio climático.

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

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

¡Hola!

NELSON HUERFANO CRUZ
KR 111A 23A 42 01 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007111-708749

Lote: P13GN Ruta: 0011020192270005200 Código del Sector: 326

Cuenta o referencia de pago $2722559

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti



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

Paga hasta en 30 cuotas a través de tu factura de gas natural

Aplica hasta el 31/12/21. Sujeto a disponibilidad. Consulta en Cuenta x 3D. Cliente Vanti Listo. Vigente para compras iguales o superiores a $100.000 en establecimientos comerciales aliados a través de tu factura de gas natural. Vanti S.A. ESP no es responsable por productos o servicios adquiridos en establecimientos comerciales aliados. Cupo Vanti Listo sujeto a aprobación crediticia. Cupo máximo $2.000.000. Cupo mínimo $100.000. Cupo sujeto a disponibilidad. Vanti S.A. ESP se reserva el derecho de modificar o cancelar el cupo en cualquier momento. Consulta términos y condiciones en www.grupovanti.com/vanti-listo

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 4795

Atención Virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4161

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.

Al consultar y hacer uso de los datos personales de Vanti S.A. ESP, el usuario declara haber leído la política de tratamiento de datos personales de Vanti S.A. ESP y autoriza el tratamiento de sus datos personales conforme a la misma.

POR FAVOR NO DOBLAR ESTA FACTURA

Vanti S.A. ESP

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago 627722569

vanti

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (Ud)	Valor unitario ($)	IVA (%)	Subtotal Detalle ($)
CONSUMO GAS	35M3	2.570,50	0,00	$4.282,50
FIJO	1UN	4.182,00	0,00	4.182,00
AJUSTE DECENA	1UN	-4,50	0,00	-4,50

1 — Total $88.440,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

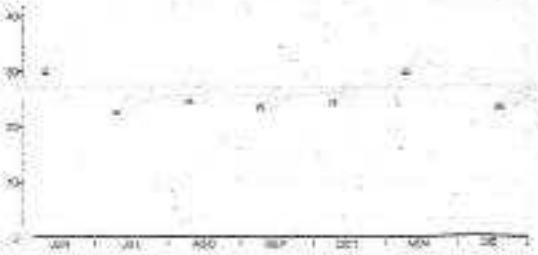
Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 = 3: $88.440,0

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Servicio/Con Tres — Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
18 Nov. 2025	2933	REAL
16 Dic. 2025	2965	REAL

m³ corregidos: 2965 - 2933 * Factor de corrección = 25

Tu próxima lectura será: Entre 14 y el 18 de Enero

Novedades de tu factura

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

(415)7709998026025(8020)627722569(3900)000000000088440

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 30 Nov. 2026

Agenda y/o tu RPO aquí

Tarifas

Subsidio $0 m³ de gas para 2965 m³: $2371

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

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

Componentes tarifarios

Gm 1324,15	Tm 549,27	Dm 586,11	Cm 2870,5
Pr 85,00	Dvm 0,0	Dvfm 4182,0	Cvm 2870,5
Com 0,0	Fcom 42,812	DAUR 0,0	DAUFR 0,0

Valor Tu consumo en m³ de gas asumido: 2965

Valor y el precio unitario de kWh es $238,016

Factor de corrección

Vm: 32	Ka: 0,75780	P2: 1,00634	Fc: 0,77659	
Vc: 85	Tm: 15,74	Tc: 15,56	Pa: 1,01208	
Par: 0,760	Pm: 0,0034	P par: 1,0		

Factor de corrección: 0,77659

Indicadores de calidad

IGEM: 100,0 DES: 0,0 D: 100,0 IPS: 100,0

Vigilados Superservicios. Línea gratuita de atención 018000 910115 www.vanti.co Factura No. F1502478744

C1

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC (número de historia clínica): 27

900255003234527

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sam

COLOR: Blanco.

ESPECIE: CANINO X FELINO ____ SEXO: HEMBRA X MACHO ____ RAZA: Samoyedo EDAD: 18m PESO: 18.2 Kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: 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: Nasly Sulceria Palacios Chaves

DIRECCION: CL 19A No 111-11

TELEFONO: 3226164563

CEDULA: 35329350

CORREO ELECTRÓNICO: 3226164563@sincorreo.com.

BARRIO: Saturno

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: ____

TIPO DE VIVIENDA: CASA ____ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 06-2025

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa N.R.

ULT. VACUNACION: NS/NR: ____

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa ____ TRIPLE: dd/mm/aaaa ____ PENTAVALENTE: 04/04/2025

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa ____ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa ____ RABIA: 04/04/2025.

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa ____ LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ____ RABIA: dd/mm/aaaa ____

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I (II) III. IV. V. VI. E.

CONDICION CORPORAL: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m | F. RESPIRATORIA: 42 r/m | TEMPERATURA: 38 °C | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.5 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.8 mL	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.4 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.76 mL	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 Ovariohisterectomía/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	Dr. Felipe Suarez Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47661	FIRMA: Dr. Felipe Suarez Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47661
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Mesa Ferro MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

[illegible] 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, talco, 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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 pueden 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
Wasly Palacios Daza	35529350

Yo,_____(identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 35.529.350



Apellidos
PALACIOS CHAVES

Nombres
NASLY SULCENIA

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.52
Sexo: F
Fecha de nacimiento: 11 MAYO 1974
G.S.: A+
Lugar de nacimiento: BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
02 ABR 1996, FACATATIVA

Firma Nasly Palacios Chaves

Fecha de expedición
18 MAR 2014

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0404096724150 76<<<<<<<<<<
7405110F3403163COL35529350<<<7
PALACIOS<CHAVES<<NASLY<SULCENI

SOLICITA TU
FACTURA
EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU
FACTURA
EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE

Ruta Móvil y Seguro con el soporte.

Mundo digital Vanti

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

PSE
Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco de Occidente · Bancolombia · Banco Caja Social · Banco Pichincha · Nequi · Daviplata · Efecty · 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 conectó con Cliqueo, este deja de ser de garantía y lo asume 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

CANALES, SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.058.612-4 Tiraje 2019-2025 VIGENTE

¡Hola!

FLOR LUCILA DUARTE
CL 19A 111 11 - SATURNO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP
Medidor Gas No. 5097197-285235

Lote: P08QN Ruta: 001102008508000S000 Codigo del Sector: 325

Cuenta o referencia de pago **61228127**

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 hociendo uso de tu cupo Vanti Listo en tiendas aliadas.

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

Éxito · Alkosto · K TRONIX · exito

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 948 294
Bogotá (601) 307 5131
Bucaramanga (607) 685 1755

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 enviando el text [illegible]

[illegible] asga para abrir la factura

3729

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago 61228127

NIT: 900.007.813-6
Vanti S.A. ESP
www.gasnaturalfenosa.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 29 Dic. 2025

2 — Fecha de suspensión: 30 Dic. 2025

3 — Periodo facturado: Nov. - Dic. 2025

4 — Emisión de tu factura: 15 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	GENO	3.370,36	0,00	166.852,00
FIJO	UN	4.152,00	0,00	4.152,00
AJUSTE DECENA	UN	5,00	0,00	5,00
Vanti Más Amigos	UN	11.294,12	2.145,88	10.440,00

1 – Total $187.280,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

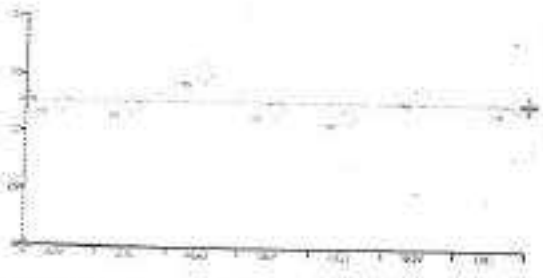
3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $187.280,0

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat.T/es — Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
12 Nov. 2025	4535	REAL
11 Dic. 2025	4620	REAL

m³ corregido: 4620 - 4535 * Factor de corrección = 85

Tu próxima lectura será: Entre 07 y el 12 de Enero

Novedades de tu factura

Estimado cliente, recuerde que para este mes 01/2026 y el 18/06/2026 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/07/2026 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059-2012).

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria
30 Jun. 2026

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

- este mes es de $2571

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

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

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad





(415)7709986026025(8020)61228127(3900)0000000187280



FONTIBÓN BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC Número de HISTORIA CLÍNICA: 28

Expiry-Date: 2030/09/02
900255003234529

SI ( ) NO (Número de Microchip)

FECHA: 15 - enero - 26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mota. COLOR: Negro y blanco.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 6m PESO: 12.5 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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 ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Alejandro Varon Cañizares

DIRECCION: cl 19A Bis 116 81Ts d3

TELEFONO: 3212627850

CEDULA: 1019071180

CORREO ELECTRÓNICO: Varon8574@gmail.com

BARRIO: Jerico ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachillerato

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud.

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NOV/25

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa

HEXAVALENTE: 08/25 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 CONDICION CORPORAL: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 128 l/m F. RESPIRATORIA: 48 c/m TEMPERATURA: 38 °c TLC 1 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV
	Morfina	0.4 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	12 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.48 ml.	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 Ovariohisterectomía/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: Angela Marcela Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa Vera MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441

FIRMA

FONTIBON

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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 antibióticos, 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
	1007180

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC,	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.019.071.180

VARON CANIZARES

APELLIDOS

LUIS ALEJANDRO

NOMBRES



REPÚBLICA DE COLOMBIA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-MAY-1992

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

01-JUN-2010 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

ALEJANDRO VEGA PINZON



A-1500150-01133925-M-1019071180-20200225 0070218821A 2 9911500161

FACTURA EN LÍNEA



Dile adiós al papel y completa el recibir tu factura Vanti en tu correo.



FACTURA EN LÍNEA

¡Hola!

JUAN DAVID GOMEZ AVILA
CL 19A BIS 118 81 T05 03 0001 - JERICO
BOGOTA

vanti

Medidor Gas No: [illegible]

Lote: POSGN Ruta: 0011840023710085090 Código del Sector: 028

Cuenta o referencia de pago 64269757

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

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

Mundo digital Vanti

Pagos electrónicos en otras entidades

Comunícate con nosotros y solucionamos tus inquietudes

Atención telefónica

Atención virtual

Por favor, abrir la factura

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago 64269757

avantiv

Fechas importantes

1 Pago oportuno 31 Dic. 2025 — 2 Fecha de suspensión 01 Ene. 2026 — 3 Periodo facturado Nov. - Dic. 2025 — 4 Emisión de tu factura 17 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	[illegible] M3	[illegible]	0,00	20.594,00
FIJO	1UN	4.182,00	0,00	4.182,00
AJUSTE DECENA	1UN	-2,64	0,00	-2,64
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	5.229,52	0,00	5.229,52
INTERESES FINANCIAMIENTO - GRAVAD	1UN	342,48	55,07	407,55

1 – Total $30.380,13

Tus financiaciones

Tasa de Interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1,78 % Derecho Conexion Financiado	1/12	21.901,52	5.164,45	21.901,52
1,78 % Derecho Conexion Financiado	1/12	1.728,35	407,55	1.728,35

2 – Total $23.629,87

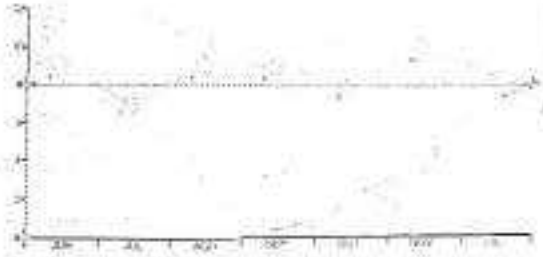
3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $54.010,0

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat. Tres — Días de consumo 33

Fecha	Lectura	Tipo
07 Nov. 2025	144	REAL
09 Dic. 2025	155	REAL

m³ corregidos: 155 - 144 * Factor de corrección = X

Tu próxima lectura será Entre 04 y el 09 de Enero

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ene. 2020

Agenda en tu APP aquí

Tarifas

Sept. $2710 · Oct. $2748 · Nov. $2792

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



(415)7709960028025(8020)64269757(3900)000000000040(10)

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

Expiry Date:2030/09/02
900255003231057

HISTORIA CLÍNICA: 29 | NO: IX | FECHA: 15/01/26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lilo | COLOR: Blanco y negro

ESPECIE: CANINO X FELINO | SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA: Pastor Border Collie | EDAD: 4A | PESO: 9.7 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: 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 COMPRADO ADOPTADO REGALADO X CERRO DE CUADRA OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRE Y APELLIDOS: Paula Fernanda Moncada Camacho | DIRECCION: KR 117 A NO 18B 19 | TELEFONO: 3102599280

CEDULA: 1070782351 | CORREO ELECTRÓNICO: paulamontada@gmail.com.

BARRIO: San Pablo Jerica. | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD/NS/NR: Posgrado | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

Aparente buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NOV 25 | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: AGS/25

ULT. VACUNACION: NS/NR:

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: 12/07/25 | 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. | CONDICION CORPORAL: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 102 l/m | F. RESPIRATORIA: 48 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °C | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.1 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.6 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.4 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.36 ml.	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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien he manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ____ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Felipe Suarez Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P.4766	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Munoz Ferro MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

FONTIBÓN

B. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Autorizo la aplicación del microchip y declaro que he sido informado(a) de los riesgos que pueden presentar. Es posible enfatizar 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 fecionet, 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
Paula Morcada	1070782351

Yo,_____ identificado con CC. No _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.070.782.351
MONCADA CAMACHO
APELLIDOS
PAULA FERNANDA
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 19-DIC-1997
SASAIMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
26-DIC-2015 SASAIMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

enel Bogotá

0423347-5

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 374031707-8

AMANDA CAMACHO AMAYA
KR 117 A NO 16 B 19
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - SAN PABLO JERICA

16 31 8 8084 / 4339072



PERIODO FACTURADO: 21 OCTUBRE A 18 NOVIEMBRE
DÍAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES: 58 kWh
VALOR kWh APLICADO
CONSUMO DIARIO: 1,97 kWh
VALOR DIARIO: $1.372

LECTURA DE TU MEDIDOR = CONSUMO

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	3,5
FACTOR:	
RUTA REPARTO:	
RUTA LECTURA:	
MANZANA DE LECTURA:	
MEDIDOR NO:	
SUBCLASE:	

HISTÓRICO DEL SERVICIO

CONTÁCTANOS

PUNTOS DE ATENCIÓN ACEO

FECHA GENERACIÓN: 20/11/2025 01:04:03
FECHA EXPEDICIÓN: 04/11/2025 10:27:08

FONTIBON | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA UC (Número de Historia Clínica): 30

ID: 900255003234558

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Agatha. COLOR: Calico

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 19m PESO: 2.9 KG RAZA DE 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 FERIA DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jaime Alberto Bravo Rangel

DIRECCIÓN: Kra 114 No. 16-57

TELEFONO: 3203608661

CEDULA: 80491983.

CORREO ELECTRÓNICO: jabramgel1973@gmail.com

BARRIO: Villa Carmenza ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Técnico NS/NR: ___

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 05-01-2026

ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa 12 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/01/2025 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/01/2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA		F. RESPIRATORIA		TEMPERATURA		TLLC		MUCOSAS
98	l/m	42	r/m	38	°c	1	seg	Rosa

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,2 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml	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 Ovariohisterectomía/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: Angela Marcela Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Alonso Vera MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41443

FIRMA:

FONTIBON

E 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

[illegible] 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
	80491983 Bta

Yo,_____ identificado con CC. No _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.491.983
BRAVO RANGEL

APELLIDOS
JAIME ALBERTO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-JUN-1973
LA DORADA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

16-AGO-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

FACTURA EN LÍNEA



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU **FACTURA EN LÍNEA** Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil, tan rico.

Tan fácil y seguro que es increíble.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Banco de Bogotá · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Daviplata · Banco de Occidente · 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 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.

CANAL DE SOLUCIONES DE CONSTRUCCIÓN S.A.S. NIT 830.048.919-6

¡Hola!

CLARA HORTENCIA BEJARANO
KR 114 16 57 01 - VILLA CARMENZA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097197-19550

Lote: P13GN Ruta: 0011020240083900000 Código del Sector: 324

Cuenta o referencia de pago **60709817**

vanti Listo

Compra lavadora, calentador o pon techo y mucho más y paga a meses a través de tu factura de gas.

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

vanti Listo



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

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

Éxito · Electrónix · Easy

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 comunicaciones de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

324 0011020240083900000 P13GN 16200 C1

Factura de gas Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago **60708817**

vanti ✓ Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno 07 Ene. 2026
2. Fecha de suspensión 08 Ene. 2026
3. Periodo facturado Nov. - Dic. 2025
4. Emisión de tu factura 19 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	16M3	2.570,50	0,00	41.128,00
FIJO	1UN	4.182,00	0,00	4.182,00
Vanti Max Antiguo	1UN	11.294,12	2.145,85	13.440,00

1 — Total **$58.750,00**

Tus financiaciones

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

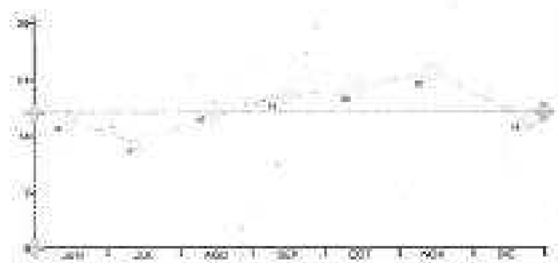
2 — Total **$0,00**

3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$58.750,0**

Paga por — Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
18 Nov. 2025	6246	REAL
16 Dic. 2025	6269	REAL

m³ consumidos= 6269 - 6248 * Factor de corrección = 16

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

Novedades de tu factura

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

(415)7709998026025(8020)60708817(3900)0000000058750

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria **31 Oct. 2029**

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1324.33 — Tm: 848.57 — Dm: 398.11 — Cm: 2570.5

Jt: 95.09 — Cvm: 0.0 — CuFM: 4182.0 — CuvM: 2570.5

Com: 0.0 — Fpcm: 40.372 — DAUFt: 0.0 — DAUFt/C: 0.0

Sabías? Tu consumo en m³ de gas equivale: 189 kWh y el precio unitario del kWh es $[illegible]

Factor de corrección

Wc: 21 — Kp: 0.10294 — Zc: 1.0004 — Pc: 0.77253

Vc: 16 — Tm: 13.74 — Tb: 15.56 — Pc: 1.01306

Pa: 0.762 — Pm: 0.0294 — Pcv: 1.0

Factor de corrección: 0.77253

Indicadores de calidad

IPLI: 100.0 — IO: 100.0 — IRST: 100.0 — IPL: 100.0



Factura No. F1587[illegible]

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA HC (Número de historia clínica): 31

MI: 900255003234534

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Agatha | COLOR: Negro - fuego

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 A | PESO: 19.1 kg | RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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: Jesus Antonio Corrales Martinez | DIRECCION: CL 23F No 98-66 | TELEFONO: 3249594532

CEDULA: 1.014.479.845 | CORREO ELECERÓNICO:

BARRIO: Cofradia | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 23 12 2025

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: N.R

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: 25/05/2025 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. | CONDICION CORPORAL: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m | F. RESPIRATORIA: 48 r/m | TEMPERATURA: 38,1 °c | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2,1 ml	1-3mg/kg IM
	KETAMINA	1,5 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,8 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN(S.P.B.)	1,9 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,76 ml	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 Ovariohisterectomía/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: Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 40336 | FIRMA

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

FONTIBÓN

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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

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 tintos 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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 pueden 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
	1014479843

Yo,_____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.014.479.845



CORRALES MARTINEZ

JESUS ANTONIO

COL 1.68 M

11 FEB 2005 O+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

24 ABR 2024 BOGOTA D.C

24 ABR 2024

ICCOL0454045750150O1<<<<<<<<<<
0602116M3404241COL1014479845<0
CORRALES<MARTINEZ<<JESUS<ANTON

FACTURA EN LÍNEA



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tuya Vanti favorito

Sin filas y seguro desde tu pagina

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Nequi · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático

Síguenos en nuestra redes sociales cómo @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, 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
Fija - Móvil: 164 ó 01 8000 919 052 / 01 8000 181 164

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.048.226-6

¡Hola!

ANA FELISA AMADOR
CL 23F 96 66 04 00003 - COFRADIA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 3017118-3419738

Lote: P08GN Ruta: 0011020331081005600 Codigo del Sector: 321

Cuenta o referencia de pago **63257756**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: -

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 Lista 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 7 a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8121
Sucursal gas (601) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 415 4154
Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

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

7933

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago 63257756

vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno 29 Dic. 2025

2 Fecha de suspensión 30 Dic. 2025

3 Periodo facturado Nov. - Dic. 2025

4 Emisión de tu factura 15 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	6MO	2.670,50	0,00	15.423,00
FIJO	1UN	4.182,00	0,00	4.182,00
AJUSTE DECENA	1UN	5,00	0,00	5,00

1 – Total **$19.610,00**

Tus financiaciones

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

2 – Total **$0,00**

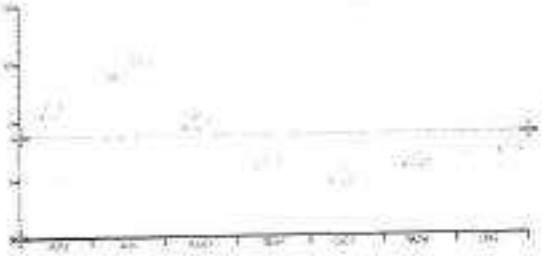
3 – Valor facturas vencidas **$0,06**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$19.609,94**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat.Tarif. Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
12 Nov. 2025	1022	REAL
11 Dic. 2025	1030	REAL

m³ corregidos 1030 - 1022 * Factor de corrección = 8

Tu próxima lectura será

Entre 07 y el 12 de Enero

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Jul. 2028

Agende ya tu RPO aquí

Tarifas

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

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



(415)7709998026025918020(8020)63257756(3900)0000000000(96)0610

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: 32 (Nro. Consecutivo de Historia clínica)

MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003234551

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bluy

COLOR: Negro Amarillo Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Beagle EDAD: 19 Meses PESO: 13 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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: Julian Esteban Acosta Mora

DIRECCION: Cg 16H 108-80

TELEFONO: 3212707004

CEDULA: 1039781076

CORREO ELECTRÓNICO: jajulian47@gmail.com

BARRIO: Villa Carmenza

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa Nov/25

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Nov/25

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I (II) III. IV. V. VI. E.

CONDICION CORPORAL: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 98 l/m

F. RESPIRATORIA: 46 r/m

TEMPERATURA: 38.4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,1 ml	5-7mg/kg IV
	Morfina	0,4 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,5 ml	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 Ovariohisterectomía/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: Angela Marcela Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Monsalve Rivera MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441

FIRMA

FONTIBON

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo manifiesto conocer la importancia de la identificación del animal y que 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 antibióticos, 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contraversión alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
- Julian Acosta	. 7034 787076

Yo,_____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.034.781.076



Apellidos
ACOSTA MORA

Nombres
JULIAN ESTEBAN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.83

Sexo
M

Fecha de nacimiento
18 AGO 2007

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
19 AGO 2025, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
19 AGO 2035

Firma
Julian Acosta

0676777445

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0676774501500l<<<<<<<<<<<
0708188M3508194COL1034781076<8
ACOSTA<MORA<<JULIAN<ESTEBAN<<<

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁSALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁSALA A TRAVÉS DE:

Ten más beneficios.

Sanitiza y separa que es poquito

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Davivienda · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · 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.

CANAL DE SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT 800066823-8

Este suplemento de información no prueba compra de productos, ni genera obligación alguna de pago. Si ya realizó el pago, haga caso omiso de este suplemento. Para mayor información sobre el servicio de aseo y sus componentes, consulte la página web de la empresa prestadora. Para la factura de servicios públicos domiciliarios de condominios destinados a vivienda, el suscriptor facturado es el suscriptor. Evite el cobro indebido: exija la factura con la tarifa con la que le corresponde pagar según el artículo 146 de la Ley 142 de 1994 y no acepte hacer acuerdos de financiación para el pago oportuno.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

IRMA RAMIREZ
DG 16H 108 80 B01 02 00501 - VILLA CARMENZA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097197-86742

Lote: P13GN **Ruta:** 001102024001950500 **Código del Sector:** 324

Cuenta o referencia de pago **61160330**

vanti LISTO

Compra televisores, calentadores, electrodomésticos y mucho más, y paga a cuotas a través de tu factura de gas

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 hacienda uso de tu cupo Vanti Lista en tiendas aliadas.

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

Metro · Alkosto · K TRONIX · Éxito · Homecenter

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) 686 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

334 - 1877 - 001102024019505000 - C1

Factura de gas

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago **61160330**

BOGOTA

NIT 800.057.813-5
Vanti S.A. ESP.
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
07 Ene. 2026	08 Ene. 2026	Nov. - Dic. 2025	19 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	8M3	2.570,50	0,00	20.134,50
FIJO	1UN	4.182,00	0,00	4.182,00
AJUSTE DECENA	1UN	3,50	0,00	3,50

1 — Total **$27.320,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

3 — Valor facturas vencidas

$0,00

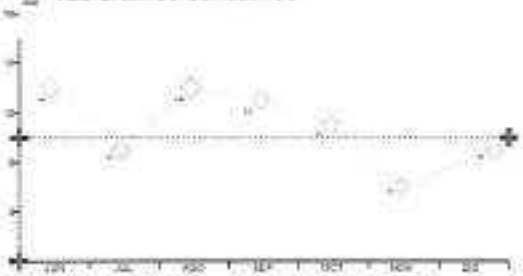
Total a pagar 1 + 2 + 3

$27.320,0

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
18 Nov. 2025	2976	REAL
15 Dic. 2025	2988	REAL

m³ corregido= 2988 - 2976 * Factor de corrección = 9

Tu próxima lectura será

Entre 14 y el 19 de Enero

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

28 Feb. 2030

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2013 y 41366 de 2021

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

Sep. $2719 Oct. $2749 Nov. $2742

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

Componentes tarifarios

Cm: 1884.73	Tm: 340.07	Dm: 308.11	Pm: 2573.5
R: 65.89	Cvbg: 6.8	Cvdm: 4182.0	Cvpm: 2573.5
Com: 3.6	Fgas: 42.512	DAUR: 0.0	DAUNR: 0.0

kpie³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 120

kWh y el precio unitario del kWh es $257.702

Factor de corrección

Vm: 12	Pd: 0.76756	Pz: 1.00804	Fc: 1.77202
Vc: 9	Tm: 13.74	Tc: 15.56	Pc: 1.01039
Pg: 0.757	Pm: 0.0054	P pc: 1.0	

Factor de corrección: 0.77202

Indicadores de calidad

IHST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPS: 100.0





(415)7709998028025(8020)61160330(3900)00000000027320

Factura No. F150725826308

1877

C1

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA (HC Número de Historia clínica): 33

MICROCHIP: 900255003234543

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD S CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dakota

COLOR: Negro cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA X MACHO RAZA: Pinscher Aleman EDAD: 6 años PESO: 4.1 kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X

TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO CONCENTRADO MIXTO X OTRO

ORIGEN: NS/NR RESCATADO COMPRADO ADOPTADO REGALADO X PERRO DE CUADRA OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Valentina Gonzalez Roa

DIRECCION: Cl 25 D 89 B 06

TELEFONO: 3107485176

CEDULA: 1000365603

CORREO ELECTRÓNICO: valentinagonzalez@gmail.com

BARRIO: Santa Cecilia ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa Nov/25

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Nov/25

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 98 l/m F. RESPIRATORIA: 40 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,5 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml	5-7mg/kg IV
	Morfina	0,3 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,6 ml	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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía (castración/esterilización), 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: Angela Valentina Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 46036

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Munoz Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441

FIRMA:

FONTIBÓN

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden exacerbar 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
	1000365803

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACIÓN 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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.000.365.803**

APELLIDOS
GONZALEZ ROA

NOMBRES
LAURA VALENTINA



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-JUN-2003**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-JUL-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01256568-F-1000365803-20210922 0075656153A 4 8502444750

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: 3 CICLO: R3 RUTA: R33480 BIMESTRAL

10445401	44123927814
Cuenta contrato Núm. de Identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Pago KAG
pagué por aquí Dicbre 28-25

¡Hola!

Factura a nombre de
ROCIO PATARROYO GUTIERREZ

Dirección del predio
CL 25D 84B 06

Barrio SANTA CECILIA Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

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

Datos de tu medidor
Marca YOUNG Tipo VOLUMÉTRICA
Serie 25005836 Diámetro pulgadas ½

Periodo facturado SEP/18/2025 - NOV/15/2025

Pago oportuno DIC/23/2025 Suspensión DIC/29/2025

Fecha especial próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/14/2026	DIC/05/2025 06:17:58	DIC/05/2025 16:35:10

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

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

cadena.

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 21m³



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
18.000	305

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	38	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	20	Base promedio	
Tu consumo este periodo	18	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizador	

Datos de tu medidor

Marca	YOUNG	Tipo	VOLUMÉTRICO
Serie	25005838	Diámetro pulgadas	¾

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Cerrar la llave cuando te cepilles los dientes.
- Usar la lavadora con la carga completa.
- Recoger el agua de la ducha en un balde mientras esta se calienta.

Tu cobro en este período

A		B		C D E F
Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros
$102.510,98		$96.005,30		$45

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

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período

= **Total a pagar** $198.560

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 92666dacc83997b4545b0cc639a2f0808a95ee1a758550a284ce60e6b8ac1385779fc5c2-4ca9fd7fe6d9e354aa

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
1,00	$9.795,62	-15	$1.469-	$8.326,28	$8.326,62
9,00	$3.758,43	-15	$5.070-	$28.184,66	$28.751,87
1,00	$9.795,62	50	$4.898	$14.693,43	$14.693,62
9,00	$3.758,43	50	$15.013	$50.637,64	$50.736,87
			$15.268		$102.510,98

Subtotal

B Alcantarillado

Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
1,00	$4.665,05	-15	$699-	$3.957,84	$3.958,05
9,00	$4.021,90	-15	$5.430-	$31.018,61	$30.767,10
1,00	$4.665,05	50	$2.328	$6.994,08	$6.994,05
9,00	$4.021,90	50	$18.089	$50.032,85	$54.296,10
			$14.289		$96.005,30

* Corresponde a consumos de hasta 17m³ mensuales (99m³ 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 %.

1 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 ($/m³)		
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)		
Total por consumo facturado	$853	$2.288

i El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá entrega 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 821 de 2021)

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Subsidio a la decena	$0
Intereses de mora	$45
Subtotal	45

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 establecimientos: PSE, Tpaga, RappiPay, Nequi, Daviplata, dale, Punto pago, Efecty, puntored

Para pagos presenciales requieren desplazarse a cementerios, funerarias o similares

La CADE es una red nacional de servicios presenciales del Estado Colombiano. Aquí encuentra Trámites y Servicios de Alcaldías, Gobernaciones, Entidades Nacionales y Empresas de Servicios Públicos.

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$198.560

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No:
Señor cajero: Si el valor cancelado no es igual al valor a pagar, rechace la transacción, recibo solo Acueducto. Si este pago será pagado, efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en ningún medio que no sea el(s).

(415)7707000000109020(8020)4612302784703000000000000000

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC: Número de Historia clínica: 34

900255003231059

VO

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bella

COLOR: Negro-blanco.

ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA X MACHO__ RAZA: Border collie EDAD: 2 A PESO: 21.5 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI__ NO X

DURANTE LA VALORACION PRISENTA 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__ COMPRADO__ ADOPTADO X REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Paola Cristina Cortes Garzon

DIRECCION: Calle 146 No 116-69

TELEFONO: 3133178077

CEDULA: 1.016.051.964

CORREO ELECTRÓNICO: pa-cri@hotmail.com

BARRIO: Charco. ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Tecnologo NS/NR: TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 08 2025

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 09 2025.

ULT. VACUNACION, NS/NR:

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/2025

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/08/2025

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I. II. IV. V. VI. E. CONDICION CORPORAL: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m F. RESPIRATORIA: 48 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.8 ml	5-7mg/kg IV
	Morfina	0.8 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.1 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.84 ml	1mg/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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO__ para la realizacion del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Angela Maria Diaz. Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 43036

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Alonso Forero MEDICA 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 Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
Paola Cortés	1016057964

Yo_____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.016.051.964

CORTES GARZON

APELLIDOS

PAOLA CRISTINA

NOMBRES

Paola Cortés

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-ENE-1993

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

13-ENE-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00860003-F-1016051964-20170131 0053347981A 1 1114280835

SOLICITA TU
FACTURA
EN-LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU
FACTURA
EN-LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Es fácil tenerla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Bancolombia

Nequi

daviplata

*Puedes adicionalmente inscribirte 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: Makro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

Fija - Móvil: 164 o 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. 800.058.607-8 1074 27/07/2023 CM1

¡Hola!

MARIA NELLY ROJA
CL 14B 116 69 B06 01 00007 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5037101-125137

Lote: P16GN Ruta: 0011840100030006800 Codigo del Sector: 437

Cuenta o referencia de pago **61616775**

vanti Listo

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

vanti Listo



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

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

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://m.grupovanti.com/

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

69245 C1

161

Factura de gas

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago **61616775**

BOGOTÁ

NIT 900.007.813-2
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($) (B)	IVA ($) (C)	Subtotal $=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	2M3	2.570,50	0,00	5.141,00
CONS. CON SUBSIDIO	25M3	2.004,15	0,00	50.103,75
MENOS SUBSIDIO (30%)	1UN	-10.490,75	0,00	-10.490,75
AJUSTE A LA DEC.	1UN	1,24	0,00	1,24

1 – Total **$44.340,00**

Tus financiaciones

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

2 – Total **$0,00**

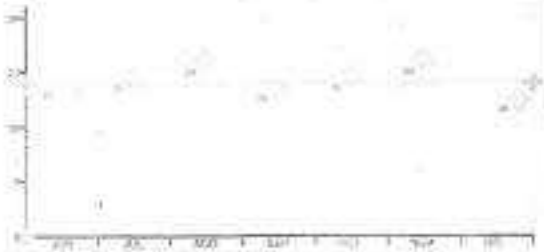
3 – Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$44.340,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat. Dos — Días de consumo 28

Fecha	Lectura	Tipo
22 Nov. 2025	5343	REAL
19 Dic. 2025	5371	REAL

m³ corregidos: 5371 - 5343 * Factor de corrección = 22

Tu próxima lectura será: Entre 16 y el 23 de Enero

Novedades de tu factura

CUV= 3.057E-02

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

(415)7709008026025(8020)61616775(3900)00000000044340

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria
30 Sep. 2030

Agenda en tu RPO aquí

Tarifas

El mayor cobro por los días este mes es de $2571

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

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

Componentes tarifarios

Cargo fijo: $0.00 | Trm: $83.87 | Dm: 28.0 | Cm: 0.0
Pr: 65.00 | Dvm: 0.0 | CMm: 0.0 | Cvm: 0.0
Dm: 0.0 | Pgas: 42.51% | DAUS: 0.0 | DAUS%: 0.0

Mpc: Tu consumo en m³ de este bimestre: 360
Vm: y el precio unitario del VMR es: $170.549

Factor de corrección

Vm: 22 | Km: 0.76743 | Fl: 1.00000 | Pc: 0.77203
Vt: 22 | Tm: 13.79 | Tb: 75.58 | Pie: 1.01000
Fb: 0.753 | Pm: 0.0004 | Fpcs: 1.0

Factor de corrección: 0.77203

Indicadores de calidad

SAIDI: 100.0 | CCS: 0.0 | SAIFI: 100.0 | pct: 100.0



69245 C1

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA (HC Número de Historia clínica): 35

900255003231048 (NO chip)

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mora

COLOR: Amarillo-negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ____ SEXO: HEMBRA X MACHO ____ RAZA: Mestizo EDAD: 1 A PESO: 12.8 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: 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 ____ COMPRADO ____ ADOPTADO X REGALADO ____ PERRO DE CUADRA ____ OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nicolas Felipe Gutierrez Cuervo

DIRECCION: Kra 104b No 22-50

TELEFONO: 3142508293.

CEDULA: 1014294898.

CORREO ELECTRÓNICO: Felipegutierrezcuervo@gmail.com.

BARRIO: la esmeralda

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnologo

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ____ RURAL ____

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 20-12-2025.

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa en 2025.

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 ____ RABIA: dd/mm/2025.

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa ____ LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ____ RABIA: dd/mm/aaaa ____

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E.

CONDICION CORPORAL: ____ /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m | F. RESPIRATORIA: 48 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: ____

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.4 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.1 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.4 mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	____ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN(S.P.B.)	1.2 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.4 mL	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 Ovariohisterectomía/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: Angela Tatiana Mora Médico Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Alonso Forero MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441

FIRMA

FONTIBÓN

A. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden suscitar 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, talco, 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha 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 precaución 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 de mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	1012424848

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.014.294.898
GUTIERREZ CUERVO
NICOLAS FELIPE


FECHA DE NACIMIENTO 12-ENE-1998
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
22-ENE-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
A-1500150-01027715-M-1014294898-20190826
0065602618A 1
9908526240

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto

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

Natasha Avendaño García
Presidenta

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 03 RUTA: 033332

BIMESTRAL

10563074	19885925610
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Periodo facturado SEP/16/2025 - NOV/13/2025

¡Hola!

Factura a nombre de
LIBARDO MEDINA

Dirección del predio
KR 104B 22 50 IN 4

Barrio: LA GIRALDA Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca: BAYLIS Tipo: VELOCIMETRO
Serie: 15455826 Diámetro pulgadas: ½

Pago oportuno DIC/19/2025 Suspensión DIC/24/2025

Fecha aproximada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de emisión factura
FEB/11/2026	DIC/03/2025 05:49:28	DIC/03/2025 11:38:03

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

Entra a www.acueducto.com.co para: Inscripción de Servicios, Certificados y otros trámites en línea, Peticiones, copia de factura y factura tu pago fuera de internet.

cadena

8203 116759 5771

Tu consumo en este periodo

[illegible] promedio anterior es tu promedio de consumo fue 48m³

[illegible]

En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este periodo

44.000

Promedio al día

746

Datos de la lectura de tu medidor

[illegible]

Datos de tu medidor

[illegible]

Para reducir tu consumo, recuerda:

Cerrar la llave cuando te cepilles los dientes.

Usar la lavadora con la carga completa.

Recoger el agua de la ducha en un balde mientras esta se calienta

Tu cobro en este periodo

A Acueducto $157.198,72

+

B Alcantarillado $158.331,18

+

C D E F Otros cobros $58

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del periodo [illegible]

= **Total a pagar** $315.590

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)*** %	Aporte (+) o Subsidio (-)*** Valor	Tarifa***	Total
[illegible]	7.00	$3.705,63	15	$2.870,-	$4.520,28	$15.852,28
[illegible]	44.00	$1.030,92	15	$7.153,-	$5.184,23	$160.546,48
[illegible]						
[illegible]						
Subtotal			$27.241,-		$152.198,72	

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)*** %	Aporte (+) o Subsidio (-)*** Valor	Tarifa***	Total
[illegible]	7.00	$4.556,05	15	$1.297,-	$1.297,09	$7.915,53
[illegible]	44.00	$4.021,63	15	$26.544,-	$1.416,55	$150.415,01
[illegible]						
[illegible]						
Subtotal			$27.841,-			$158.331,18

* Corresponde a consumos de hasta 15m³ mensuales (Con corte en abril). ** Aporte: es la base estratos 5, 6, comercial e industrial. *** Subsidio: aplica para estratos 1, 2 y 3. **** La tarifa se determina para el valor unitario del cargo fijo + del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta en $; si hay un aporte, se agrega en $.

Tasas ambientales

Estos valores se aplican únicamente en el consumo residencial básico y superior a básico, no aplica para comercial e industrial.

	Tarifa Uso Alcantarillado	Tarifa Restauración (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico (S/m³)	$105,17	$91,35
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$1.151	$669

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales. El cual por cada periodo facturado a los usuarios residenciales de los estratos 1, 2, acuerdo 801 de 2021.

C Otros conceptos

Concepto	Valor
[illegible]	$2.-
[illegible]	$56
Subtotal	$58

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	

Paga con tu página web, app y tenderos

Nequi dale Punto pago efecty puntored

Acueducto y Alcantarillado
$315.590

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DE SERVICIO PÚBLICO No.

8203

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS. CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA Nº Número de historia clínica: 36

MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003234127

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sasha

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA X MACHO RAZA: Husky EDAD: 1 Año PESO: 13.8 KG

RAZA DE 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: William Humberto Aponte Tique

DIRECCIÓN: Cl 16 I 112A 33

TELEFONO: 3003974687

CEDULA: 80802814

CORREO ELECTRÓNICO: and.saponte@gmail.com

BARRIO: El Carmen

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NR

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Dic/25

ULT. VACUNACION: NS/NR:

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa 17/06/25

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN 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: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 98 l/m | F. RESPIRATORIA: 47 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.2 ml.	5-2mg/kg IV
	Atropina	0.4 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.6 ml.	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 Ovariohisterectomía/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	Dr. Felipe Suarez Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47661	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Ferro MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 21141	FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

pueden presentar. Se resalta 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
William Aparte R.	80802814

Yo,_____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 80.802.814

APONTE TIQUE

WILLIAM HUMBERTO

COL | 1.87 | M

07 JUN 1985 | OR

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

09 JUN 2003, BOGOTA D.C.

11 NOV 2032



ICCOL0076449400150O1<<<<<<<<<<<
8506070M3211119COL80802814<<<2
APONTE<TIQUE<<WILLIAM<HUMBERTO

23401

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: **0406542-4**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 376433011-6

23401

CLIENTE

WILLIAM HUMBERTO APONTE TIQUE
CL 161 NO 112 A 33
BOGOTA, D.C. - EL CARMEN FONTIBON

17 322 7825 / 12087163

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $603,09

CONSUMO DIARIO 6,03 kWh

VALOR DIARIO: $4.307

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

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 181 kWh

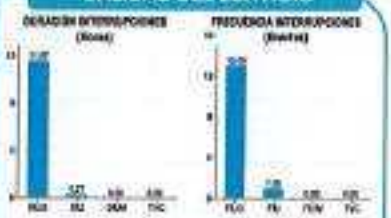
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 170 kWh

¡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:	3
CARGA kW:	4,20
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100031732278Z5
RUTA LECTURA:	1317322003B6
MANZANA DE LECTURA:	MS00040850
MEDIDOR NO:	12087163
SUBCLASE:	Básico

CALIDAD DEL SERVICIO



CO DIECTRI: GRUPO 11 NC 8,00 FC 0,00 CCO 0,00
PERIODO 2025/10 DI 115,13 CF 180,0000 NC 8,00 MF 1,00 %U 0,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

CONTÁCTANOS

Teléfono y oficinas: enel.com.co/es/personas/nuestras-oficinas
Chat de servicios: enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
320 800 6000 (Línea Bot o para Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

EXCEPTO SERVICIO ACCIDENTE	EMERGENCIAS	PENDIENTES
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 52 63065 denuncias@enel.com

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

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

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

Corresponsales Bancarios: CENRED, efecty, Gi Reval, MOVIRED, puntored

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Código QR

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2025
D: $205,90 T: $53,30 O: $250,84 CV: $19,01 PR: $66,82 R: $28,15 CF: $0,00 / $600,90 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CIRCUITO: FO1103 [TR] - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,84 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0047 de 29 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998

Si usted el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 91 8000 512 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No.0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifico el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, la invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 91 8000 512 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de usuario para lectura a través de la lectura del servicio público domiciliario de energía eléctrica diversos en Colombia), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que presten los terceros. ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjanse a los canales de atención definidos por cada empresa.

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

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 Bosqué # 6-B - 28
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-38/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

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).

FECHA GENERACIÓN: 26/12/2025 02:36:14
FECHA EXPEDICIÓN: 26/12/2025 11:10:15

CUDE: 1d5f0936b9f5c6ac5155b5c0ca0a8a2fe4152274791d7f8f8be41502f0d5f04a403dbc8f8d4e9817f7b5d42c0b8f311c7c

Proveedor Tecnológico (Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENITmanager - NIT 860.301.191-0

8.592 - Página 1 de 2

Factura Impresa por Operador Autorizado de Comunicación DIAN NIT 800.088.811-6.



FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 532-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA (HC Numero de Historia Clinica): 37

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231501

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Atenea

COLOR: Negro Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA X MACHO RAZA: Mestizo EDAD: 3 meses PESO: 8.6 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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 COMPRADO ADOPTADO X REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Erika Cruz Mendez

DIRECCION: Cl 19 120-36

TELEFONO: 3118482895

CEDULA: 1109299047

CORREO ELECTRÓNICO: erikam30@gmail.com

BARRIO: Jerico

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NR

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Oct 25

ULT. VACUNACION: NS/NR:

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: 18/Nov/25

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E.

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 98 l/m

F. RESPIRATORIA: 42 r/m

TEMPERATURA: 38 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,9 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,3 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,9 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,36 ml	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 Ovariohisterectomía/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: Angela Maria Diaz Medica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036

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

FIRMA

FONTIBON

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip pueda 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, cremas, talcos, aplicación de antirrugas, 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO** los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 cual ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
ERIKA CRUZ M.	1109244047

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	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/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.109.244.047
CRUZ MENDEZ
ERIKA


30-MAY-2004
ALPUJARRA
(TOLIMA)
1.58
O+
F
01-JUN-2023 BOGOTA D.C.

FACTURA EN LÍNEA



Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibir tu factura desde el próximo mes.

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Toma foto a tu factura

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Davivienda · Banco Falabella · Banco Pichincha · Nequi · dale!

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

*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 cancela 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.

CÁMARA SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 900.686.814-8 Publicidad Vanti

¡Hola!

JOSELIN LOBATON
CL 19 120 36 - JERICO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP
Medidor Gas No. 5007108-422243

Lote: P9SCN Ruta: 0011640000910000000 Código del Sector: 328

Cuenta o referencia de pago 61662684

vanti Listo

Compras

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



vanti Listo

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

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

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) 645 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

(01)18000000910000000 328 736173 C1

Factura de gas

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago: 61662684

BOGOTÁ

vanti

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	27M3	2.570,50	0,00	69.403,50
FIJO	1GN	4.182,00	0,00	4.182,00
AJUSTE DECENA	1UN	4,50	0,00	4,50

1 – Total $73.590,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

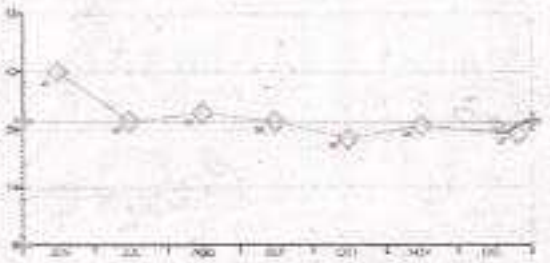
3 – Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $73.590,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Tres | Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
07 Nov. 2025	9511	REAL
06 Dic. 2025	9546	REAL

m³ corregidos: 9546 - 9511 * Factor de corrección = 27

Tu próxima lectura será: Entre 04 y el 09 de Enero

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica Obligat

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Mar. 2029

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse en las fechas establecidas en la regulación vigente - Resoluciones 059 de 2021 y 41.395 de 2017

Agenda tu RPO

Tarifas

El valor del m³ de gas esta mes es de $2[illegible]

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

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

Componentes tarifarios

Cm: [illegible] Tm: [illegible] Cm: [illegible] Cm: [illegible]

PF: 65.08 Cuvc: 0.0 Cuftm: [illegible] Cuvtm: [illegible]

Cmm: 2.0 Cuvtm: 42.516 DALPC: 0.0 DALPM: [illegible]

Mjm³ Tuguasamo el m³ de gas equivale: [illegible] kWh y el precio unitario de kWh es $[illegible]

Factor de corrección

Vm: 28 Bp: 0.76758 Pt: 1.0681 Pb: 0.773

Mc: 27 Tm: 13.75 Tb: 15.56 Pm: 1.014

Fm: 0.752 Pm: 0.2234 F pcr: 1.0

Factor de corrección: 0.7251

Indicadores de calidad

SAIDI: 108.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPR: 100



(415)7709998026025(8020)61662684(3900)000000000073590