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: 38 | MICROCHIP: SI 900255003231993 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: EES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dante | COLOR: Blanco / café

ESPECIE: CANINO X FELINO | SEXO: HEMBRA | MACHO X | RAZA: R. Abuil | EDAD: 7 M | PESO: 34.2 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI | NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENCIA 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: Laura Valentina Mena Caicedo | DIRECCION: Kr 96 H 18-63 | TELEFONO: 3213678901

CEDULA: 1019987553 | CORREO ELECTRÓNICO: lauravalentinamenacaicedo8@gmail.com

BARRIO: Villemar | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Agosto/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 28 Julio/25

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: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	3,8 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2,9 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	1 ml	
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	ml	0,5mg/kg IV
	PEN (S.P.B.)	3,4 ml	20,000 UI/kg IM
POST OPERATORIO	MELOXICAM	1,36 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

Yo, Mvz. Ta (Cirujano y/o Anestesiologo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico a realizar, los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

Médico Veterinario y Zootecnista
Universidad de la Salle
TP 47061

FIRMA

Valentina Mena 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 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 con; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, convulsiones neurológicas e incluso la muerte,

pueden presentarse. 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 comúnmente como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lesiones, abscesos, celos, 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:
LAURA MENA	1019987553

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 1.019.987.553



Apellidos
MENA CAICEDO

Nombres
LAURA VALENTINA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.54	F

Fecha de nacimiento
20 DIC 2005

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
20 DIC 2023, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
22 DIC 2033

Firma
LAURA MENA

IDCO
0367317729

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0367317298150O1<<<<<<<<<<
0512206F3312223COL1019987553<9
MENA<CAICEDO<<LAURA<VALENTINA<

Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-3
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

7622147-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 378447193

HENRY ALEXANDER SANCHEZ
KR 96 H NO 18 63 AP 301
BOGOTA, D.C. - VILLEMAR

12.325.9469 / 21261789

Activa

VALOR kWh APLICADO	$800,09
CONSUMO DIARIO	4,17 kWh
VALOR DIARIO	$2.019
PERIODO FACTURADO:	21 NOVIEMBRE A 20 DICIEMBRE
DÍAS FACTURADOS:	30
CONSUMO MES	126 kWh

Jun Jul Ago Sep Oct Nov Dic

¡Cuidado con la pirotecnia, evita riesgos y accidentes.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1065311205S460
RUTA LECTURA:	13112035065
MANZANA DE LECTURA:	MR0064635
MEDIDOR N°:	21261789
SUBCLASE:	Básico

Bogotá, Soacha y Cundinamarca
601 5 115 115

115 Opción 02 24 horas

https://www.enel.com.co/es/personas/ayuda/canales-de-atencion.html

FUNCIONARIO AUTORIZADO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. Tv 4 No 53 B 35

CICLO LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 69 B - 20

ASEO LIMPIO DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54 B 80 Local 03 04

Línea de servicio al cliente 115

En esta factura ves un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifas ordinarias, el cual aplica sobre el consumo de las últimas 5 etapas, por una única vez y no afecta las contarifas futuras, conforme a la Ley 142 (1994) (art. 150).

CORPORATIVE TARIFARIOS | Componentes del costo:

FECHA GENERACIÓN
26/12/2025 02:56:05
FECHA EXPEDICIÓN
26/12/2025 10:43:11

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): 39

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231983

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Spike

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Pitbull EDAD: 5 Años PESO: 36.2 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 ___ MIXTO X OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nayibe Yeraldin Cardenas Cortes

DIRECCION: Cl 29 109-4

TELEFONO: 3115649613

CEDULA: 1031143835

CORREO ELECTRÓNICO: nayicardenas2021@gmail.com

BARRIO: Saturno

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Octavo NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Enero/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/aaaa Enero 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: Rosa

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	3.1 ml	5-7mg/kg IV
	Morfina.	1 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	36 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1.44 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 Marcela Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Monsalve 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 cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo he recibido la explicación de los cuidados post operatorios y entiendo 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 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 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 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 exonero al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de identificación:
-Naylbe Cardenas	1031143835

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 CIUDADANIA

NUMERO 1.031.143.835
CARDENAS CORTES
APELLIDOS
NAYIBE YERALDIN
NOMBRES

Nayibe Cardenas
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-SEP-1992
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 O- F
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-ENE-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



Escanea el código QR, escríbenos 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.**

Inicia de aquí



SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil como

Tan fácil y seguro que es pagarla

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de uno o varios predios contarlo en una sola transacción

Opciones para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otros entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Banco de Bogotá · Bancolombia · Banco Pichincha · Nequi · dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CAGE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

*El servicio con cheque, tiene costo adicional y lo asume el cliente.

Eficiencia energética

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

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

Fijo - Móvil: 164 o 01 8000 919 052
01 8000 181 164

Atención presencial
Ingresa a **www.grupovanti.com**
y consulta los puntos para agendar tu cita.

PROHIBIDA SOLICITUDES DE COMUNICACIONES A NOMBRE DE TERCEROS (Ley 2300 de 2023)

¡Hola!

FIDELINA CAMARGO
CL 29 109 4 00001 - SATURNO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097103-64837

Lote: PdeGN Ruta: 3011020073410005000 Código del Sector: 325

Cuenta o referencia de pago **61333170**

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 Listo en tiendas aliadas.

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

Éxito · Alkosto · K TRONIX · Jumbo · Metro

Términos y condiciones aplican.

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
Gestiones tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164
Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

Recuerda que puedes ejercer tu derecho de petición según lo establecido en la Ley 2300 de 2023

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

C1

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago 61333170

BOGOTA

NIT: 900.007.813-6
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 Pago oportuno 29 Dic. 2025

2 Fecha de suspensión 30 Dic. 2025

3 Periodo facturado Nov. - Dic. 2025

4 Emisión de tu factura 15 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS FIJO	M3	3.579,50	0,00	23.104,61
AJUSTE DECENA	TUN	4.182,00	0,00	4.182,00
	TUN	3,50	0,00	3,50

1 – Total $27.320,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

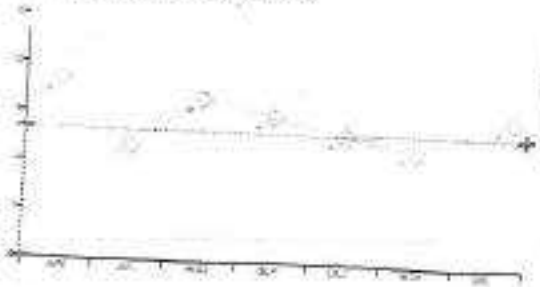
3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $27.320,0

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
12 Nov. 2025	3723	REAL
11 Dic. 2025	3735	REAL

m³ corregidos= 3735 - 3723 * Factor de corrección = 9

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

30 Nov. 2026

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2576.

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)7709980250259(8020)613331709(3900)0000000002720

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 (HC) Número de Identificación: 40

MICROCHIP: 900255003234789

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE:

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zeus

COLOR: Negro Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA Rottwailer EDAD 3 AÑOS PESO 33.3 KG RAZA DE MANERA 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 ___ ADOPTADO ___ REGALADO X FERIA DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Suelen Michell Santisteban Moro

DIRECCIÓN: Kr 135 17-89

TELEFONO: 3132911820

CEDULA: 1000522593

CORREO ELECTRÓNICO: Michellmoro571@gmail.com

BARRIO: Prados de Alameda

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Junio/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 5/08/25

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: 46 r/m

TEMPERATURA: 38 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	3.7 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	18 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	1 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	3.3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	2.2 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 ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Angela Maria Diaz

FIRMA

Médica Veterinaria
Universidad U.D.C.A.
M.P. 45036

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa Torres
MEDICO VETERINARIA
U.D.C.A. T.P. 31441

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.

[illegible] y [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 existir infección en el área por mi uso posterior de lesiones, laboras, 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 consistencia, 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:
- Nichell Nova	- 1000522593

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 1.000.522.593
SANTISTEBAN MORA

APELLIDOS
SUELEN MICHELL

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-ENE-2004
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

05-ENE-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

enel Bogotá

ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **8016341-8**

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860063875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 376287971-4

CLIENTE

SANDRA MORA QUIROGA
KR 135 NO 17 84 TO 3 AP 605
-
BOGOTA, D.C. - 006418

16 352 9221 / 23544510

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $747,31

CONSUMO DIARIO: 3,93 kWh

VALOR DIARIO: $1.951

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

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 118 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 131 kWh

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

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

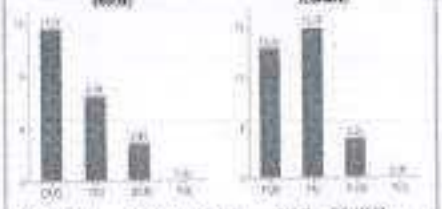
Repórtalo de forma anónima al **601 514 0000** o a través de nuestra **página web: enel.com.co**



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10003163523221
RUTA LECTURA:	1316316310
MANZANA DE LECTURA:	MS20540142
MEDIDOR NO:	23544510
SUBCLASE:	Basica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

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

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

336 890 8000 (Elena Bot o pase Asesor)

Enel Colombia · @EnelClientesCO

Registrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

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

EMERGENCIAS
115 Gratuito las 24 horas

DENUNCIAS
601 5140055
denuncias@enel.com.co

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

USO SEGURO DE ENERGÍA:

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

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

Billetera Virtual

Nequi · tpaga · MOVII · dale

Corresponsales Bancarios

Baloto · Efecty · Gana · Su Red · Su Red · Su Red · MOVIRED · puntored

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

Oficinas de Enel Clientes Colombia

Alianzas de Cadena

Olímpica · Metro

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P.	TV 7A N° 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6E - 20
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-39 Bodega 123 121

Línea de servicio al cliente 110

En esta factura usted encontrará un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 2 meses, por una única vez y no afecta los consumos futuros, conforme a la Ley 142 / 1994 (art. 150).

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

G: $389,59 T: $53,30 D: $242,07 CV: $72,04 PR: $38,82 R: $26,13 CP: $0,00 = $747,31 Costo kWh Mes

FECHA GENERACION: 23/12/2025 06:23:56
FECHA EXPEDICIÓN: 23/12/2025 13:33:09

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONE[illegible] CANINAS Y FELINAS

900255003231514

HISTORIA CLINICA: 41 (Número de historia clínica) | MICROCHIP: N (Número del Microchip) | FECHA: 15-07-2026.

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Otto | COLOR: Beige

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestes | EDAD: 3A | PESO: 7.5 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 ALIMENTACIÓN: 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: Blanca Adriana Burbano Sanchez | DIRECCION: cl 230 70 B 81 | TELEFONO: 3733669428

CEDULA: 52 538 777 | CORREO ELECTRONICO: luis.martinez2000@hotmail.com

BARRIO: La Cabaña | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A | 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: 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	1,2 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,4 ml	
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 s/o Anestesiólogo), marcho 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. 46036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Munoz Perez 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/Orquiectocia 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, soy consciente de los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento de implantación del microchip, 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 puncion, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, 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 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:
Adriana Barbano	52 538 111

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

52.538.111
BURBANO SANCHEZ

BLANCA ADRIANA





09-ABR-1979

DUITAMA
(BOYACA)

1.58 O+ F

14-NOV-1997 BOGOTA D.C.

1001437-0

CARLOS SANCHEZ MUNZA

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 6000 o a través de nuestra página web: enel.com.co



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

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: 42

Expiry Date:2030/09/02 900255003231128

SI X NO — Número de Microchip

FECHA: 15-ene-26

ORIGEN: CES — PROTECCIONISTA — COMUNIDAD X — CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: thor — COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO__ — SEXO: HEMBRA__ MACHO X — RAZA: Mestizo — EDAD: 1A — PESO: 17.6 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__ REGALADO X PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nancy Janeth Montoya Caro — DIRECCION: KR 111 NO 22-15 — TELEFONO: 3144735414

CEDULA: 52.321.458 — CORREO ELECTRÓNICO: Yocamonja@hotmail.com.

BARRIO: Versalles. — ESTRATO: 3 — LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller. — TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO dd/mm/aaaa: NO aplica

ULT. DESPARASITACION dd/mm/aaaa: 6/ene/26

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: Julio/25

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 O II. 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: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.5 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.8 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.72 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 Ovario/Histerectomía/Orquiectomía/Criptorquidia/Criptorquidectomía, quien los manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO___ para la realizacion del procedimiento sin existir

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria U.D.C.A. M.P. 41441 — FIRMA:

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X___ o **RECHAZO**_____ **la declinación 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:
Nancy	52321458

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
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 52.321.458
MONTOYA CARO
APELLIDOS
NANCY JANETH
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 27-JUL-1975
URRAO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
07-FEB-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

enel Bogotá

0421930-0

RAUL JIMENEZ P
KR 111 NO 72 15
CONTADOR
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



El Activo

VALOR KWH APLICADO $962,89

CONSUMO DIARIO 5,33 kWh

VALOR DIARIO $5.057

PERIODO FACTURADO: 18 NOV 2025 A 18 DIC 2025

DIAS FACTURADO: 31

CONSUMO MES 157 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: RESIDENCIAL
ESTRATO: 3
CARGA KW: 2,00
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 1315324017
RUTA LECTURA: 1315324017
MEDIDOR LEIDO: 1315324017
MEDIDOR No: 1315324017
SUBCLASE: Activo

CONVENIOS

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

FECHA ELABORACIÓN 20 DIC 2025 01:18:18
FECHA EXPEDICIÓN 20 DIC 2025 12:55:07

$110.610 + $0 + $27.430 = $168.040

06 ENE /2026

09 ENE/2026

0421930-0

10 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL $138.01

Subtotal $110.610

$110.610

$0

3

0304145122-9

	100/08/09		
	377992025-8	30	

	2	0
	2	0

$57.430

NÚMERO DE CLIENTE
0421930-0

Documento Equivalente Electrónico No.

PAGO OPORTUNO
06 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$168.040

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZA[illegible]NAS

HISTORIA CLÍNICA (HC) (Número de historia clínica): 43

MICROCHIP: 900255003231515 (Número de Microchip)

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bengy

COLOR: amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: cocker spanish | EDAD: 5A | PESO: 15 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: Maria Olga Quintero Pulido

DIRECCION: kr 103A BIS 16 F 91

TELEFONO: 3167214772

CEDULA: 39.647.800

CORREO ELECTRÓNICO: moquintop@hotmail.com

BARRIO: El Carmen | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/A

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa 09/12/25 | 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 | CONDICIÓN CORPORAL: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 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	1,7 ml	1-3mg/kg IM
	KETAMINA	1,2 ml	5-7mg/Kg IV
	Atropina	0,1 ml	
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 Anestesiologo), 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL M/V CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario y Zootecnista, Universidad de la Salle, T.P 47661

FIRMA

NOMBRE DEL M/V 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.

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 cobro 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 enunciadas.

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:
Naia Uyabantes P	cc 37.697.900

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 39.697.800
QUINTERO PULIDO

APELLIDOS
MARIA OLGA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-JUN-1962
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 AB+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

12-MAR-1981 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00017361-F-0039697800-20080625 0000630035A 1 1110006154

enel | Bogotá

0419072-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3TNO94SH-5

MARIA OLGA QUINTERO PULIDO
KR 153 A BIS NO 16 F 91
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - EL CARMEN FONTIBON

18 364 7756 / 74967

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



Activa

Jun Jul Ago Sep Oct Nov Dic

VALOR KWh FACTURADO $856,04

CONSUMO DIARIO 2,07 kWh

VALOR DIARIO $2.617

PERIODO FACTURADO: 22 NOV 2022 A 22 DIC 2022

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 65 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,93
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1201
RUTA LECTURA:	12102
MANZANA DE LECTURA:	1201
MEDIDOR HO:	7x067
CONEXIÓN:	Directa

USO EFICIENTE DE ENERGÍA

Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. No uses varios enchufes en uno solo y no cargadores cerca de lavamanos o duchas.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Baloto

Codigos de Barras

Código QR

Corresponsales de Cobranza

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 115

FECHA GENERACIÓN 22/12/2022 01:00:00
FECHA EXPEDICIÓN 22/12/2022 12:14:08


$83.050
$0
$28.650
$91.700
08 ENE 2026
13 ENE/2026
ENERGÍA
0419072-4
22 ENE 2026
Tipo de Lectura: Real
Situación encontrada: Normal
SUBTOTAL:
862.567
$83.050
$0
ASEO
CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P
9
830048122 9
NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA
CUENTA CONTRATO
19106098
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.
378570433-5
30
PERIODO DE FACTURACIÓN
21.11.2025 a 20.12.2025
DATOS DEL USUARIO
CONCEPTO
VALOR
MESES EN MORA
$35.650
APORTE NO RESIDENCIAL
APORTE RESIDENCIAL
SUBSIDIO
UNIDADES
Disponible
Desmontada
Residenciales
No residenciales
NUMERO DE CLIENTE
0419072-4
Documento Equivalente Electrónico No.
378570433-5
PAGO OPORTUNO
08 ENE 2026
TOTAL A PAGAR
$91.700

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: 44

MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003219180

FECHA: 15-07-2026.

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Danger

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: cocker EDAD: 1A PESO: 10,2 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 ___ COMPRADO X ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yuri Stefany Sierra Reyes

DIRECCION: cl 77 c N° 779-08

TELEFONO: 3504634206

CEDULA: 1000323749

CORREO ELECTRONICO: Sierrayuri08@gmail.com

BARRIO: San Pablo

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/A

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa 30/07/25 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: 98 l/m

F. RESPIRATORIA: 42 r/m

TEMPERATURA: 38,1 °c

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,1 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,8 ml	5-7mg/kg IV
	Morfina	0,9 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	10 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,4 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 (acto quirúrgico/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su: ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes previos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 12061

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 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:
Yuri Sierra	1000323749

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/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
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.323.749
SIERRA REYES

APELLIDOS
YURI STEFANY

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 28-AGO-2001
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-SEP-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

1724

38324

enel Bogotá

ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0407336-8**

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 900.063.625-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 378251665-7

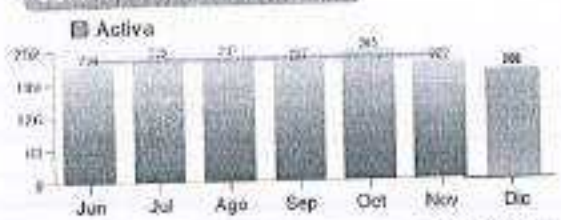
38324

CLIENTE

ROSA MARIA AMAYA LUCERO
CL 17 C NO 119 08
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - SAN PABLO JERICA

16 319 0096 / 618565

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR KWH APLICADO: $800,09

CONSUMO DIARIO: 6,67 KWh

VALOR DIARIO: $4.974

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

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 206 KWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000318319009G
RUTA LECTURA:	0316320009
MANZANA DE LECTURA:	MS00041355
MEDIDOR NO:	618565
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



USO SEGURO DE ENERGÍA

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





CONTÁCTANOS

Teléfonos y Puntos de Atención
Chat de servicios
Redes sociales
Registro de tu cuenta gratis
Para ti desde la página Web
Aplicativo Clientes Colombia

OFICINA SERVICIO AL CLIENTE
Bogotá, Soacha y Cundinamarca
601 5 115 115

EMERGENCIAS
115 línea las 24 horas

DONACIONES
601 5140095
donaciones@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
Oficina Virtual
Corresponsales Bancarios
Red Efectiva
Centros de Servicio
Código QR
Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROACTIVAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P	TV 4 No. 51A-05
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P	Avenida Bosque # 6 B - 20
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 64 -39 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del cobro: Vigencia: NOVIEMBRE

Es esta factura es un concepto adicional que corresponde a un saldo no incluido en cartas 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: 23/12/2025 00:59:47
FECHA EXPEDICIÓN: 23/12/2025 10:24:14

CUDE: 6f05ae70d4c548bbd241d0f9b6fa97ae07b0d4e823e0c0f6617f1f83fa14c0a8095576f2fe8b61014b9c9f9f4742f5fc

Prestador Tecnología Celsian Tecnología y Servicios SAS BIC - Número de res. 0054 de 2020 - NIT 900.321.151-6
8992 - Página 1 de 1

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.022.069
MORALES DALGAZAR
APELLIDOS
LUZ DIENIA
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 21-NOV-1989
SUBACHOQUE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-NOV-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

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: 45 (Número de Historia Clínica)

MICROCHIP: 900255003231122 (Número de microchip)

FECHA: 15-07-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Rocky

COLOR: Blanco / cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: cocker spanish

EDAD: 11 M

PESO: 11.2 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 ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Liz Liliana Morales Balcazar

DIRECCION: CL 18A 114A 51

TELEFONO: 3222937593

CEDULA: 1016022069

CORREO ELECTRÓNICO: lilieliang7369@hotmail.com

BARRIO: Bella

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/A

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa MAYO/25 PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa MAYO/25

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: 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
	Atropina	0,14 mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.F.B.)	11 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: Dr. Felipe Suarez, Médico Veterinario y Zootecnista, Universidad de la Salle T.P 4766

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa Forero, MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 51441

FIRMA:

TONTIBÓN

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 [illegible] del microchip y las 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 manifieste como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antiolgas, 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:
[illegible]	1016022069

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:





acueducto

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 53 RUTA: 533698A BIMESTRAL

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

10419315
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

16574149619
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga e instala con tu Explorador Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
FLOR MARIA HERNANDEZ DE MORALE

Dirección del predio
CL 18A 114A 53

Barrio: BELEN Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

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

Datos de tu medidor
Marca: CHON DE ACTARIS Tipo: VELOCIDAD
Serie: [illegible] Dígitos: 5

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

Pago oportuno DIC/26/2025 Suspensión 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 07:01:05	DIC/06/2025 11:50:33

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 ↓

Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de las tarifas vigentes, costo de la factura y realiza tu pago a través de internet

Tu consumo en este periodo

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 14 m³

13 | 14 | 15 | 15

MAR-MAY	MAY-JUL	JUL-SEP	ULTIMO
$108.438	$113.313	$120.960	CONSUMO

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

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este periodo	Promedio al día
15.000	246

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	7971	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	7856	Base promedio	
Tu consumo este periodo	15	Descargue nueva alterna	1
		Consumo estabilizado	

Datos de tu medidor

Marca	TROM DE ACTARIS	Tipo	VELOCIDAD
Serie	AM6430017	Dígitos incluidos	5

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

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros
$64.579,69	+	$59.194,95	+	$4
A		B		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 a pagar $123.780

Total vencido del periodo

Pagos y ajustes CAAD: [illegible]

CUDE: [illegible]

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto — B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Ajuste (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)	Cant.	Valor unitario	Ajuste (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (Ene-Feb)	2,00	$6.096,63	-15	$2.928	$6.328,26	$10.652,24	2,00	$4.656,05	-15	$1.397	$3.562,64	$7.821,10
Consumo residencial básico (m³)	15,00	$3.759,93	-15	$8.458	$4.164,18	$47.922,45	15,00	$4.021,59	-15	$9.053	$3.418,68	$54.272,65
Cargo fijo residencial superior básico (Ene-Feb)												
Consumo residencial superior básico (m³)												
Subtotal				$11.387		$64.579,69				$10.447		$59.194,95

* Corresponde a consumos de hasta 15m³ mensuales (20m³ bimestrales). **(+) Ajustes: 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 subsidia un estrato, se descuenta en %, si hay un ajuste, se agrega en %.

Tasas ambientales

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$26,26	$91,36
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$395	$1.387

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$4
Subtotal	$4

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	

G Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por tu página web, app y tiendas de:

Para quienes requieren de apoyo en el corresponsalismo bancario autorizado:

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$123.780

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DE SERVICIO PÚBLICO No.
Sobre cupón: Si en el documento de cobro aparece un fondo de reclamación, este vale. Acuerdo. (Este pago no aplica el abono en reclamos y/o CADE, respecto de los cuales se encuentran en trámite).

13588

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): 46

MICROCHIP: 900255003231513

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tommy

COLOR: Sal / Pimienta

ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA__ MACHO X RAZA: Schauzer EDAD: 5A PESO: 9.6 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 X ADOPTADO__ REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yasbleydy Yohanna Serrano Marin

DIRECCION: cl 22 I 172 B 37

TELEFONO: 3212947772

CEDULA: 1076081953

CORREO ELECTRONICO: yasbleydyserranos@hotmail.com

BARRIO: Versalles

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

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: 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	1.1 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 (S. P.B.)	1.0 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	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. 4144	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 con, 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 recos 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:
	1016097435

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:

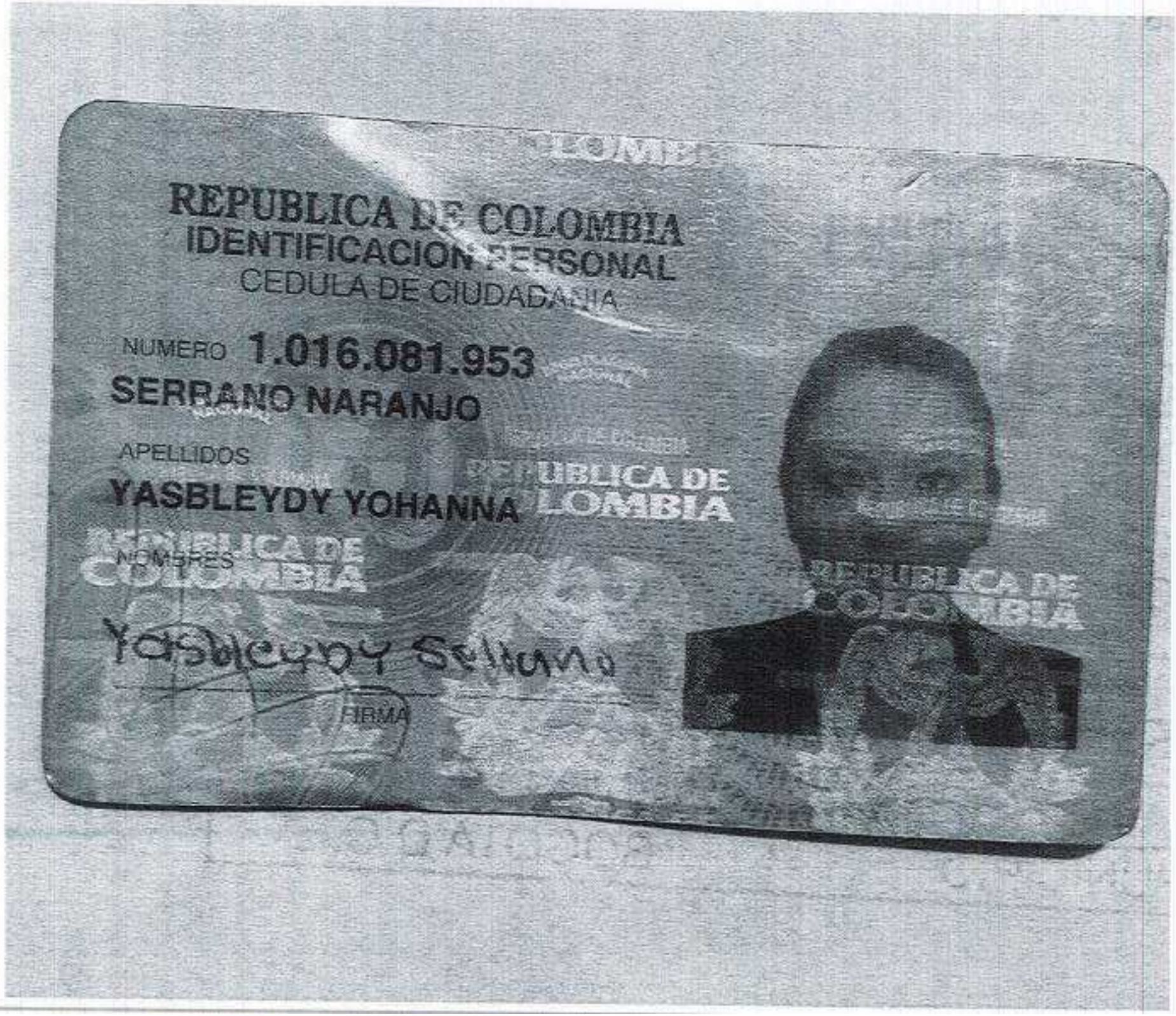
AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

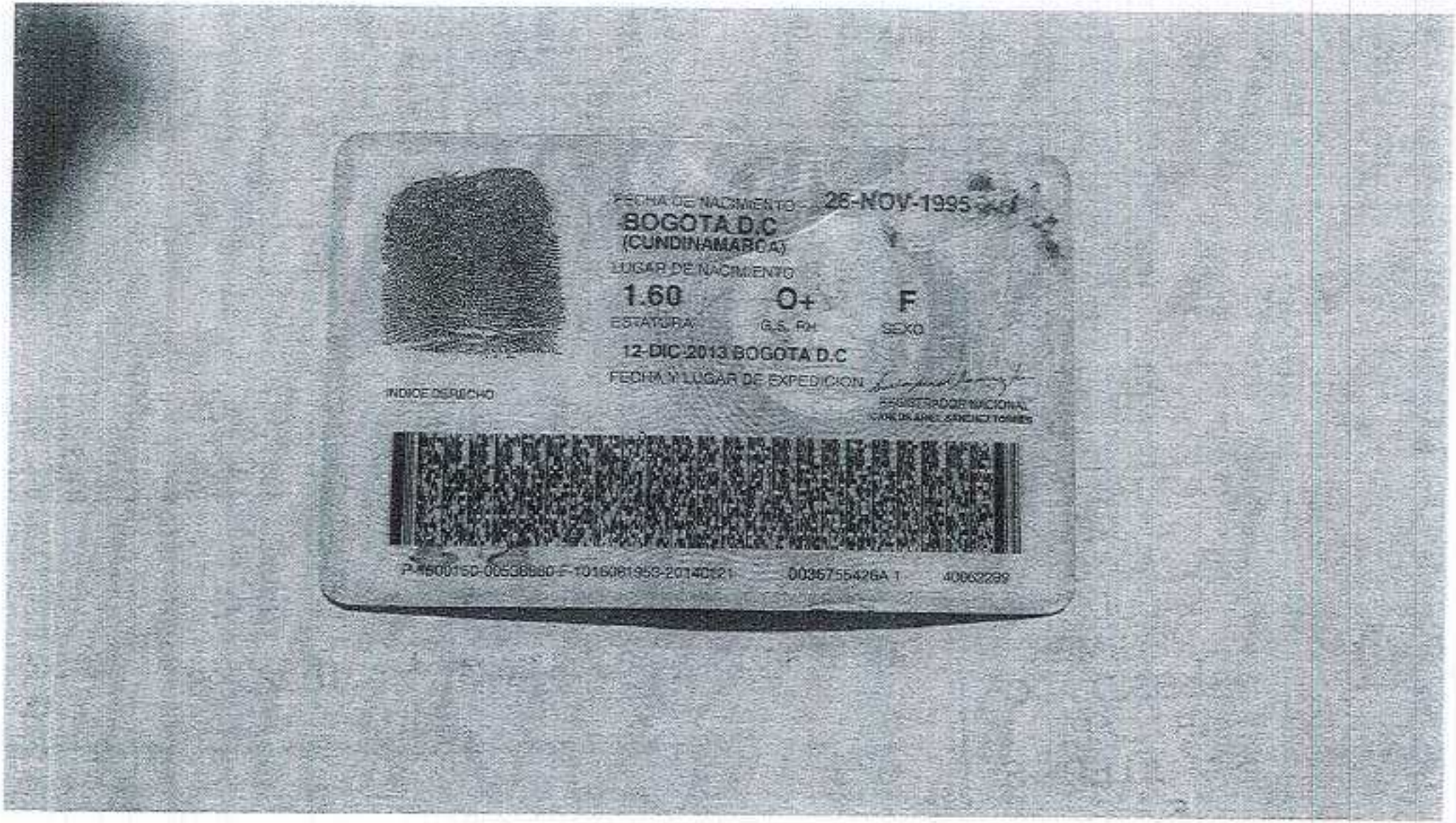
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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 1.016.081.953
SERRANO NARANJO
APELLIDOS
YASBLEYDY YOHANNA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-NOV-1995

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

12-DIC-2013 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-<COL15C-00536680-F-1016061959-20140121 0036755426A 1 40662299

155
156

enel Bogotá

1658114-1

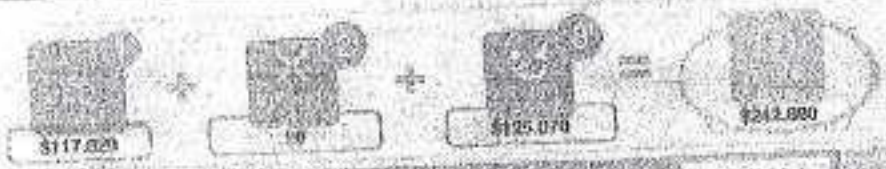
HERIBERTO SERRANO
CL 22 (NO 112 B- 57
FONTIBON ATAHUALPA
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CONSUMO:	200
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	
RUTA LECTURA:	
SECUENCIA DE LECTURA:	
SUBSIDIO %:	
SERVICIOS:	Aseo

FECHA GENERACIÓN
FECHA EXPEDICIÓN



PAGO OPORTUNO
06 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
06 ENE /2026

19 ENE /2026

1658114-1

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

SUBTOTAL: $117.820

$117.820

3 830048122-9

ACUEDUCTO ALCANTARILLADO ASEO

CUENTA CONTRATO 10648055

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 378028655-21 | 30

PERIODO DE FACTURACIÓN 19.11.2025 a 18.12.2025

	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
	128.172	128.135	127.922	127.835	127.121	126.125
	65.139					
	64.083					
	22.643					
	0					

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$97.503
ASEO - SERVICIO NO RESIDENCIAL	$43.157
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-18.131
ASEO - CONTRIBUCION NO RESIDEN	$21.891
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-1
ASEO - INTERES POR MORA	$1.700

USOS DE USUARIO

SUSCRIPTOR: Publ. Prod. Comercial

USUARIOS	Diciembre	Diciembre
Real de suscriptor	2	0
No real de suscriptor	1	0

CONSUMO TOTAL: $54.277,45

SALDO VENCIDO NO APROVECHABLE $93.519,99

VALOR MES APROVECHABLE $104.600,91

CARGO:	0,00085428
	0,00133599
	0,00001407
	0,05803574
	0,09
	0

$125.070

APORTE RESIDENCIAL 50%
APORTE NO RESIDENCIAL 0%
SUBSIDIO 15%

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $93.519,99

NÚMERO DE CUENTE
1658114-1

Documento Equivalente Electrónico No. 378028655-2

PAGO OPORTUNO
06 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$242.890

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): 47 | MICROCHIP: SI / NO | 900255003231511 | FECHA: 25-07-2026

ORIGEN: CES / PROTECCIONISTA | COMUNIDAD: X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Doggy | COLOR: Negro / amarillo / Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 4A | PESO: 8.7 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 X CONCENTRADO ___ MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nidia Catalina Mahecha Garzon | DIRECCIÓN: Cl 77 S Bis N 111-09 | TELÉFONO: 3163525313

CÉDULA: 53028116 | CORREO ELECTRÓNICO: mariaefi1972@gmail.com

BARRIO: Villa Carmenza | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa DIC/25

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa ___ TRIPLE: dd/mm/aaaa ___ PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa 07/25

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/mm/aaaa Julio / 25

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 | CONDICIÓN CORPORAL: /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	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,7 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,3 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2 ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,9 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,3 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. 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.

Autorizo la implantación del microchip en mi animal de compañía. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueden pretentar. Se realizá 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 irritan y contaminen la zona, dentro de los 3 días posteriores a la implantación.

De igual manera autoriza 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 alguno. 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:
Adriana Hb	53028116

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:

AUTORIZACIÓN/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:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 53028116

MAHECHA GARZON
APELLIDOS

NIDIA CATALINA
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 13-JUL-1984
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-AGO-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

Justo Pastor

Bogotá

0933840-0

JUSTO PASTOR MAHECHA
CL 17 C BIS NO 111 09
BOGOTA, D.C. - VILLA CARMENZA

17 316 9119 / 24077367

Activa

Ene	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
315	314	311	315	314	317	420

VALOR KWh APLICADO: $699,99

CONSUMO DIARIO: 13,33 kWh

VALOR DIARIO: $11.000

PERÍODO FACTURADO: 21 NOV/2025 A 20 DIC/2025 | DÍAS FACTURADOS: 30 | CONSUMO MES: 420 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	
RUTA LECTURA:	
MANZANA DE LECTURA:	
MEDIDOR NO:	
SUBCLASE:	Física

Bogotá, Soacha y Cundinamarca
601 5 115 115

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

Cuenta a su factura de
evite intereses

Cuenta a su factura de
el Sol. Sin costo y sin
ahorro ahora, pague a



En este ticket solo se entregan los datos que contienen la información de la factura electrónica, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 6 meses, por lo tanto no aplica los periodos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art 146).

FECHA GENERACIÓN
20/12/2025 10:40:11
FECHA EXPEDICIÓN
20/12/2025 11:07:16

CUDE: [illegible]

21 26

08 ENE /2026

$332.000	$0	$86.140	$418.200	13 ENE/2026

0933840-0 21 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real Situacion encontrada: Normal

SUBTOTAL: $320.836

	$1
	$1.307
	$ 0
SUBTOTAL:	$1.305

$332.000 $0

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

CUENTA CONTRATO	10716489	SIN NOVEDAD	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS	3784802946-1	30	
PERIODO DE FACTURACIÓN	15-11-2025 a 18-12-2025		



CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$101.744
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$ 15.283
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$ 0

USUARIO	Usuarios	Reclamados
Residenciales	3	0
No residenciales	0	0

COSTO FIJO TOTAL:	$54.277,44
COSTO APROVECHABLE NO APROVECHADO:	$720.038,88
SUBSIDIO APROVECHABLE:	$154.080,00

BARRIDO:	0.000160426
LIMPIEZA URBANA:	0.08133990
PICADO DEL APROVECHAMIENTO	0.00001407
DISPONIBILIDAD APROVECHABLE:	0.05985574
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.00
APORTE NO APROVECHABLE	0.00

MESES EXENTOS: 0

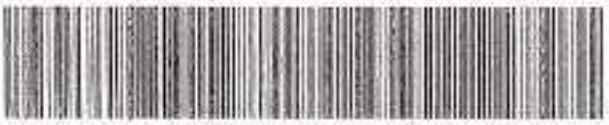
$86.140

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

INFORMATIVO | DEUDA TOTAL $0.140,00

NÚMERO DE CUENTE
0933840-0

Numero Equivalente Electronico Nu
3784802946-1



PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$418.200

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZA[illegible]VAS

HISTORIA CLÍNICA (HC) Número de Historia Clínica: 48

MICROCHIP: 900255003231986 Número de Microchip

FECHA: 15-07-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Rocky

COLOR: Arena

ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA__ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 4M PESO: 9.0 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: Yeni Paola Beltran Bogota

DIRECCION: Kr 138 N 170 44

TELEFONO: 3182271743

CEDULA: 1076045550

CORREO ELECTRONICO: Paolabel2205@gmail.com

BARRIO: Charco Rural

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR:

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa Mayo/25 PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa

PENTAVALENTE: 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 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rojas

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
	Mapa	0,5 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 vía exámenes prequirúrgicos

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Felipe Suárez Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47641

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Alonso Ferrer 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 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 me informaron 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:
	1046 045 550

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 DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.016.045.550**

BELTRAN BOGOTA

APELLIDOS

YENI PAOLA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **22-MAY-1992**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-MAY-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00244243-F-1016045550-20100709 0022647778A 1 34826624



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.045.550

BELTRAN BOGOTA

APELLIDOS

YENI PAOLA

NOMBRES

FIRMA

40488

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 800.063.879-8
Calle 83 No. 13 - 45 Piso 1

ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2089088-3**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 378231031-2

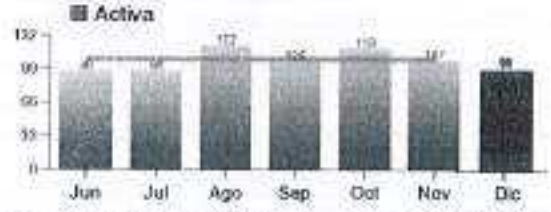
40488

CLIENTE

ROSALBA BOGOTA PENAGOS
KR 138 NO 17 D 44
0
BOGOTA, D.C. - CHARCO RURAL

16 351 8796 / 1114739

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $800,09

CONSUMO DIARIO: 3,30 kWh

VALOR DIARIO: $1.699

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

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 99 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 100 kWh

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

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

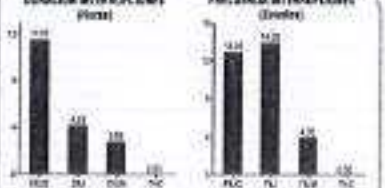
Repórtalo de forma anónima al **601 514 0000** o a través de nuestra **página web: enel.com.co**



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	13,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000318351B706
RUTA LECTURA:	1316311008D0
MANZANA DE LECTURA:	MB10540207
MEDIDOR NO:	1114739
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

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

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

Registrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Enel Colombia @EnelClientesCO

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5580065 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: Corresponsal, eFecty, El Reval, Movired, Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Alkosto, Makro

Código QR

Pagos en un corresponsal bancario, exige el disponible del sistema. Cuota de corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2025
D: $286,86 T: $53,30 G: $204,84 C=: $79,01 PR: $56,62 R: $38,15 C=: $0,00 / $638,08 Costo kWh Uso

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-05
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 D - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-38/40 Local 103-104

Línea de servicio al cliente 110

En esta factura usa un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 6 meses, por una única vez y no afecta tus consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art 150).

FECHA GENERACIÓN: 23/12/2025 01:07:10
FECHA EXPEDICIÓN: 23/12/2025 12:21:09

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por ret. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 23 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.

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

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

Esta factura de cobro podría estarse cobrando en mora. Verifique antes de cancelar.

En cumplimiento de la resolución CREG 0156 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P., y a los usuarios. Para conocer mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, línea de Bogotá o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP cuenta al momento de realizar para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargo de Cobranza), de acuerdo con la aceptación expresa emitida por el cliente para el uso de la misma como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros. Frente los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención dispuestos por cada Empresa.

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

CUDE: 1e2d3ba4d6d3d9f4d4f6d3e4a6a5d3b3e7ced1b1107b6f9f9e4bd32a6c2583f2d0a1309c71b81f9ea2a4e9b10

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S.BIC - Nombre del Sitio: (DS)Presidente - NIT 890.321.154-2

1.207 - Página 1 de 4

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA (Número de Historia Clínica): 49

MICROCHIP: 900255003234126

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dark Acero

COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 3 meses | PESO: 6.2 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 ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mark Paola Acero Maldonado

DIRECCION: Cl 23c 70-50

TELEFONO: 3144481728

CEDULA: 52987995

CORREO ELECTRÓNICO: omaet.fer11@gmail.com

BARRIO: La Esperanza | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa: Dic/25 | 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. 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: Rosa

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,7 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,5 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,3 mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,7 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 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: Angela Marcela Vargas. Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 43836

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO 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 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, se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lesiones, abscesos, laceo, aplicación de antirrabicas, 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 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:
MuA	52987995 de sta,

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:

149


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
52.987.995
ACERO MALDONADO
MA K PAOLA


10-MAY-1983
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
1.55
O+
NB
03-AGO-2001 BOGOTA D.C.

acueducto

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

Responsable/agente fiscales del tributo: Gran contribuyente; Autorretenedor

Melisshe Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: V3 RUTA: V33808

BIMESTRAL

10914633
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

12501029412
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Periodo facturado OCT/01/2025 - NOV/28/2025

Pago oportuno ENE/08/2026 Suspensión ENE/09/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/26/2026	DIC/17/2025 06:09:28	DIC/17/2025 13:15:16

¡Hola!

Factura a nombre de
DANIEL GOMEZ GOMEZ

Dirección del predio
CL 23C 70 50 IN 34 AP 304

Barrio: LA ESPERANZA Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

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

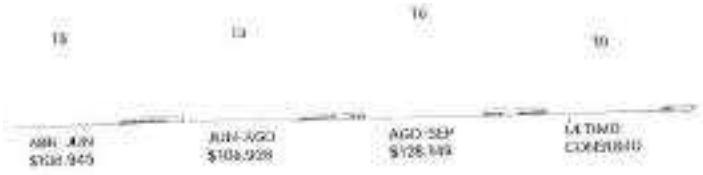
Datos de tu medidor
Marca KENT Tipo VOLUMICO
Sello [illegible] Diámetro pulgadas ½

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

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

Llámanos 110 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.



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este periodo

10.000

Promedio al día

169

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	3456	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	3446	Base promedio	
Tu consumo este periodo	10	Descargas fuente alterna	0
		Consumo estabilizadora	

Datos de tu medidor

Marca	XENT	Tipo	VOLUMEN
Serie	16156100285	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

Aprovechar el agua lluvia para regar tus plantas.

Regular el agua del enjuague de la lavadora para labores del aseo.

Revisar que las tuberías de tu casa o negocio no tengan fugas o escapes.

Tu cobro en este periodo

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros
$48.626,64	+	$42.104,90	+	$3-
A		B		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 periodo

Ingresos que el CAAD-ESP registra a la fecha de generación de esta factura

= **Total a pagar** $90.730

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 9258 b8dc 2 2b 6978805 abe 873 d 1 b 1 e 8 b 1 d 4 0 a 8 a 9 b 6 b 8 b 6 b 4 0 3 3 1 5 7 a 4 8 7 0 c 5 1 c 5 3 6 - 4 9 0 6 f 3 - b 9 6 c 5 7 0 c 1 5 9 6 a d 8 5 0 b e d 9 0 c f 4 0 0

A Acueducto

Detalle de tu consumo este bimestre

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$8.765,82	-15	$2.930	$8.326,28	$16.652,24
Consumo residencial básico (m³)	10,00	$3.751,74	-15	$5.643	$3.187,48	$31.874,40
Consumo residencial suntuario (m³)	-					
Cargo fijo no residencial (mes)	-					
Consumo no residencial (m³)	-					
Subtotal				$8.572		$48.626,64

* Corresponde a consumos de hasta 15m³ mensuales (2,5m³ 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 agregan un %.

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y suntuario o básico no residencial

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Ret/Subtot (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$3.751,74	$3.187,48
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$3.751	$3.187

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
	2,00	$4.899,95	-15	$1.397	$3.902,95	$7.805,91
	10,00	$4.922,00	-15	$6.054	$3.419,02	$34.190,01
Subtotal				$7.451		$41.994,93

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$3-
Subtotal	$3-

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 Vigilancia, Inversiones y Mejoras

Para quienes requieran ampliar su cupo especial, tarifas asistidas

Red CAAD: Consulta datos en línea y cada vez que recibas tu factura, ingresa a nuestra página web

La EAAB-ESP solo cobra en los siguientes bancos: Popular, Davivienda, Scotiabank Colpatria, Bancolombia, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Occidente

Acueducto y alcantarillado
Valor a pagar
$90.730

(415)7709998160018(8020)000000104566

10456

ENTRE TU RECIBO APARECE EN EL
BASE Y GANE

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZ... INAS

HISTORIA CLÍNICA (HC) Número de Historia Clínica: 50

MICROCHIP: 900255003231503 Número de Microchip

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bruno

COLOR: amarillo / Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: cocker Spanish EDAD: 3A PESO: 7,5 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 ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Kevin Arturo Castañeda Ramirez

DIRECCION: Kr 123 N 13 c 85

TELEFONO: 3209136049

CEDULA: 1075994501

CORREO ELECTRONICO: kevincast901@gmail.com

BARRIO: El Charco II

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachillerato

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa Mar 20/25 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	1,1 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,2 ml	5-7mg/kg IV
	Ninguna	0,4 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (5 P.B.)	1,4 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 ACEPTACIÓN 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 Salle T.P 07661	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alvarez Ferro MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

FORTIBION

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 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 dermatitis como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antibulgas, 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:
Kevin Castañeda D.	1075994501

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 **1.015.994.501**

CASTAÑEDA RAMIREZ

APELLIDOS

KEVIN ARTURO

NOMBRES

Kevin Castañeda R.

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAY-2004**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

10-JUN-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01304256-M-1015994501-20220622 0079806689A 2 8504830292

130

enel Bogotá

2791731-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 37822002-0

PRADERA DE FONTIBON ET 4
KR 123 NO 15 C 55 CA 130
0
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO II

16 047 7510 / 21386370

Activa

VALOR kWh APLICADO

CONSUMO DIARIO: 2,50 kWh

VALOR DIA/DIO: $1.420

PERÍODO FACTURADO: 30/10/2025 A 13/09/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 67 kWh



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	0,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	160201451777018
RUTA LECTURA:	1514070472
MANZANA DE LECTURA:	MEWW0107402
MEDIDOR NO:	21386370
SUBCLASE:	Diferente

PUNTOS DE ATENCIÓN ABEI

PROMOTORA ENERGÍA DISTRITO S.A.S. E.S.P. — Horario Oficina 8:00 - 17:00

CIUDAD CAPITAL BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 6-15 - 20

MULTICANAL ABIERTO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 90 # 19-30 Local 103 104

Lunes de servicio al Cliente 116

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

FECHA GENERACIÓN: 20/10/2025 20:15:42
FECHA EXPEDICIÓN: 20/10/2025 12:03:33

$42.430 + $0 + $20.110 = $62.540

07 ENE /2026

09 ENE /2026

2791731-1

20 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $42.152

Ajustes a la decena
SOBRE UNIC CONSE TARIFA APLICADA
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA

SUBTOTAL: $0

$42.430

$0

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

3

830046122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO: 11757276

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO: 378229502-9

DÍAS FACTURADOS: 30

PERIODO DE FACTURACIÓN: 10.11.2025 a 09.12.2025

	Diciembre	Promedio
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTO HOY TOTAL: $18.092,48

COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE: $6.287,56

SUBSIDIOS APROVECHABLE: $154.690,16

BARRIDO	0.00048438
LIMPIEZA URBANA	0.00123650
MODULO DE APROVECHAMIENTO	0.00001407
RECOLECCIÓN APROVECHABLE	0.06668574
PERDIDAS NO APROVECHABLES	0.03
APORTE NO APROVECHABLE	0.00

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$40.017
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-18.467

MESES ADEUDA: 0

$20.110

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

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $0

NÚMERO DE CUENTE
2791731-1

Documento Equivalente Electrónico No.
378229502-9

PAGO OPORTUNO
07 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$62.540

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 N°: 51 (Número de Historia Clínica) | Expiry-Date: 2030/09/02 | 900255003219447 (Número de Microchip) | NO ♡ | FECHA: 15-01-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tobias | COLOR: Tricolor. Café negro Blanco.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: SM | PESO: 15.8 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 X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Marcela Diaz Hernandez | DIRECCION: Cl 14B 119A 76T 2 AP02 | TELEFONO: 3238910578

CEDULA: 39762563 | CORREO ELECTRÓNICO: Marcediaz HE@ hotmail.com

BARRIO: El Franco I | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: 28/9/25 | 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: 98 l/m | F. RESPIRATORIA: 42 c/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,7 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,3 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,5ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,6 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,64 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANÓRMALES:

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

puedan presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden suscitar 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, jet 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 personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X___ ó **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 lo cual 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:
Marcela Díaz A.	39762563

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

39.762.563
DIAZ HERNANDEZ

MARCELA

Marcela Diaz Hernández
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-SEP-1973
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

21-OCT-1991 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIO

A-1500150-0027802M-F-0039762563-20110119 0025576249A 1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

Pago Noviembre 20-N-25

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: 53 RUTA: 533720

BIMESTR

12174265
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

43459962718
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Docu Equivalente Elect

¡Hola!

Factura a nombre de
ALIANZA FIDUCIARIA FIDEICOMISO

Dirección del predio
CL 148 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 FLODYS CYBLE
Serie A14S480035
Tipo VELOCIMETRO
Diámetro pulgadas ½

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

Pago oportuno DIC/26/2025

Suspensión DIC/31/2025

Fecha esperada próxima factura: FEB/17/2026

Fecha y hora de generación factura: DIC/06/2025 07:03:10

Fecha y hora de expedición fac: DIC/06/2025 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 anteri
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 atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

Tu consumo en este período

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



En este período consumiste menos 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	1141	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1125	Base promedio	
Tu consumo este período	16	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	FLODISCYBLE	Tipo	VELOCIMETRO
Serie	A145480233	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

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros		Total ingresos del período
$47.840,72	+	$44.197,94	+	$27.065-	=	**Total a pagar** $64.975
A		B		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

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial básico (m³)	2,00	$8.795,82	-40	$7.037-	$5.277,32	$11.754,24
Consumo residencial básico (m³)	10,00	$5.799,00	-40	$24.059-	$2.255,41	$36.088,48
Consumo residencial superior básico (m³)	-					
Cargo fijo no residencial (mes)	-					
Consumo no residencial (m³)	-					
Subtotal				$31.095-		$47.842,72

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial básico (m³)	2,00	$4.856,95	-40	$3.235-	$2.793,69	$5.587,38
Consumo residencial básico (m³)	10,00	$4.021,99	-40	$25.741-	$2.413,18	$36.910,84
Consumo residencial superior básico (m³)	-					
Cargo fijo no residencial (mes)	-					
Consumo no residencial (m³)	-					
Subtotal				$28.888-		$44.197,94

* Corresponde a consumos de hasta 10m³ mensuales (20m³ bimestrales). **(+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1,2 o 3
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, se agrega un %.

Tasas ambientales

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$18,60	$54,34
Tarifa consumo superior A básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$295	$1.030

Medidor Vital es un beneficio donde si usted se descuida tiene un ahorro consumiendo de hasta $ [illegible] m³ en 12 meses, para [illegible] facturado y los [illegible] de [illegible] [illegible] y [illegible] de [illegible]

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Cobro min. vital total	$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 la página web, app y sitios en [illegible]

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto pago · Efecty · puntored

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 CLINICA (Número de historia clínica)	MICROCHIP:	FECHA
52	Expiry Date: 2030/09/02 900255003219163	15-01-2026

ORIGEN: CES: PROTECCIONISTA: COMUNIDAD X CALLE:

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:
Bruno	Dorado

ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA MACHO X	RAZA: Cocker	EDAD: 9 años	PESO: 11.4 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:	DIRECCION:	TELEFONO
Martha Jeanneth Amaya Torres	AK 97 22K 26	3212286000
CEDULA: 39705393	CORREO ELECTRÓNICO: marthaamaya938@gmail.com	
BARRIO: Colvadia	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional	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
NA	Dic 25	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I. (II) III. IV. V. VI. E CONDICION CORPORAL: /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	1.2 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.4 mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B)	1.1 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	FIRMA
Dr. Felipe Suarez Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47641	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa Ferro 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 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 completa la información acerca del procedimiento de implantación del microchip y de las [illegible] 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 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:
[signature]	39765393

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:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN 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 DISPOSICIÓN DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
Apellidos
AMAYA TORRES
NUIP 39.765.393
Nombres
MARTHA JEANNETH
Nacionalidad
COL
Estatura
1.61
Sexo
F
Fecha de Nacimiento
20 SEPT 1964
G.S.
A+
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C (CUNDINAMARCA)
Fecha y lugar de expedición
04 MAYO 1994 BOGOTA D.C
Fecha de expiración
17 OCT 2034


ICCOL0569611424150O1<<<<<<<<<<<
6409203F3410174COL39705393<<<2
AMAYA<TORRES<<MARTHA<JEANNETH<

Por favor doblar y rasgar para abrir la factura





Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Luna · Bancolombia · BBVA · Banco AV Villas · Bancolombia · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris
- Grandes Superbancos: Martes, jueves, Éxito

*Si nos envías con cheque. Este debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

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

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

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

Por favor doblar y rasgar para abrir la factura

291

¡Hola!

MARTHA YANETH AMAYA
AK 97 22K 26 - COFRADIA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. S077198490392

Lote: P08GN Ruta: 0011020322030005000 Código del Sector: 321

Cuenta o referencia de pago **61189821**





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 943 794
Bogotá (601) 307 8121
Desde cualquier ciudad (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea
https://miguipovanti.com

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 20

Por favor doblar y rasgar para abrir la factura

Factura de gas

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago **61189821**

BOGOTA

NIT: 800.007.813-6
Vanti S.A. ESP.
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanza

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
29 Dic. 2025	30 Dic. 2025	Nov. - Dic. 2025	15 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	6MB	2.570,50	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 Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

2 Total **$0,00**

3 – Valor facturas vencidas

$0,00

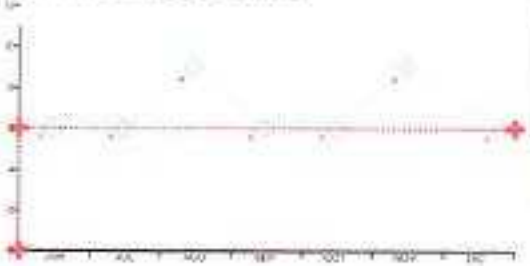
Total a pagar 1 + 2 + 3

$19.610,0

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Tnus | Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
12 Nov. 2025	3238	REAL
11 Dic. 2025	3246	REAL

m³ corregido= 3246 - 3238 * Factor de corrección = 6

Tu próxima lectura será

Entre 07 y el 12 de Enero

Novedades de tu factura

Esta factura NO incluye intereses reclamados por COP. 72.700,18

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. 2029

Agenda ya tu RPO aquí

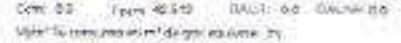
Tarifas

Tarifa unitaria de gas este mes es de: $3671

Sep. $3719 Oct. $3748 Nov. $3742

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

Componentes tarifarios



Valor de la energía en m³ de gas equivale a: 3%

Valor del precio unitario del kWh es: $3218,727

Factor de corrección



Factor de corrección: 0,77666

Indicadores de calidad



(415)7709998026026(8020)61189821(3900)0000000019610

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: 53

MICROCHIP: 9 Num. 900255003219178 Expiry-Date:2030/09/02

FECHA: 15-07-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Yeicob

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 20M PESO: 19.4 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 ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Erika Alexandra Rodriguez Vargas

DIRECCION: Kr 97 n° 20-22

TELEFONO: 3195997709

CEDULA: 52379794

CORREO ELECTRÓNICO: 3195997709@sincorreo.com.

BARRIO: Villemar

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachillerato

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 01/25

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: 01/01/24 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 PRECQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 98 f/m F. RESPIRATORIA: 46 f/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	21 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	16 ml	5-7mg/kg IV
	Morfina	0.8 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	19 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), que 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 Alexandra Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 53936

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa Rivera 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 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 alguno. 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 Vetesinario 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:
	52819799

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:

163


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.319.794
RODRIGUEZ VARGAS
APELLIDOS
ERIKA ALEXANDRA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 19-NOV-1974
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-MAY-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

enel Bogotá

0416576-7

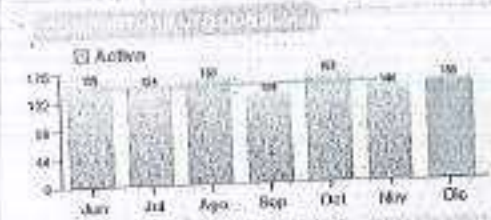
Enel COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 900 063 979 - 8
Calle 94 No. 53 - 48 Piso 3

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 315000005-9

AURA ROJAS
KR 97 NO 20 22
FONTIBON26
BOGOTA, D.C. - VILLEMAR

17 095 8568 / 7971280





VALOR KWH APLICADO $800,84

CONSUMO DIARIO 5,17 kWh

VALOR DIARIO $3.614

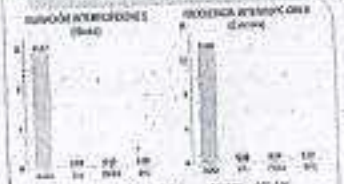
PERIODO FACTURADO: 21 NOVIEMBRE A 20 DICIEMBRE

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 155 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA (W):	2,89
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1801317203308
RUTA LECTURA:	131706 M0408
MARCHAS DE LECTURA:	MEDIDOR 40818
MEDIDOR MO:	7971280
CICLO ASP:	Bimestre



CONTACTANOS

Bogotá, Soacha y Girardot consulte 601 5 135 135

Línea de servicio al cliente 116

Es esta factura hay un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los 4 bimes 5 meses, por ende cerca no se afecta los consumos básicos, conforme a la Ley 142 / 1994 Art 125.

FECHA GENERACIÓN: 20/12/2025 02:07:08
FECHA EXPEDICIÓN: 20/12/2025 11:23:12



08 ENE /2026

13 ENE/2026

0416576-7

21 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

Aseo Ordinario	67.06	67.971	155	1	155	155	$965.08	$97.913
Recibo Adicional	0	0	0	0	0	0	$965.08	$0
Subsidios		Consumo subsidiado: 155.00 M3 - 0		Valor SAN: $965.0800	0	Subsidio: 15.00 %		$15.050

SUBTOTAL: $108.411

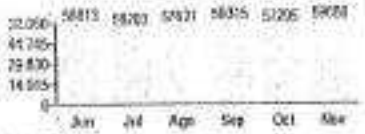
Ajustes a la decena	$ 0
MAYOR VR COBRO TARIFA APLICADA	$577
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$ 05
SUBTOTAL:	$589

$109.000

$0

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

CUENTA CONTRATO	10136951	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.	378393086-9	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.11.2025 a 19.12.2025	



CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$57.913
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-15.128
ASEO - INTERES POR MORA	$21

DATOS DEL SERVICIO

Residencial

USUARIOS	Despacha	Descargan
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

COSTO DE PRESTACIÓN TOTAL:	$36.164,97
COSTO MEDIO DE APROVECHAMIENTO:	$13.202,59
VALOR PAGO APROVECHAMIENTO:	$154.680,98

BARRIDO	0.00249426
LIMPIEZA URBANA	0.00133599
PODA DEL ARBOLADO URBANO	0.00060107
RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA	0.05682574
RESPONSABILIDAD AMBIENTAL	0.03
APROVECHAMIENTO	0.00

MESES ENTREGA	0

$57.450

APORTE NO RESIDENCIAL	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	95%

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $7.450.00

NÚMERO DE CUENTE
0416576-7

Documento Equivalente Electrónico No. 378393086-9

(415)7707200014253(8020)0416576770430868(3900)000000(96)166450

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$166.450

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): 54

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231994

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Rocky

COLOR: Dorado

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Cocker EDAD: 20 meses 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 X CONCENTRADO ___ MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Yamile Montiel Chica

DIRECCION: Dg 16B 104-17

TELEFONO: 3144342197

CEDULA: 52984507

CORREO ELECTRÓNICO: sas2521@hotmail.com

BARRIO: Villa Carmenza

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Postgrado

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: sept/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/aaaa 5641/2025

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 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.7 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.3 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.5 mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	0,5mg/kg IV
POST-OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.3 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.6 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: Angela Tatiana Diaz Medica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 25036

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Monse Torres MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41443

FIRMA

FONTIBON

3. 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 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:
Sindy Montes	52984507

Yo,_____identificada 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
52984507
NUMERO

MONTIEL CHICA
APELLIDOS

SANDRA YAMILE
NOMBRES

Sandra Montiel
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-MAY-1984
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-JUN-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500109-45105681-F-0052984507-20020925 0044802268B 02 113414162



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:

Ton fácil tenerla.

Ton fácil y seguro que no pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redebarr · itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco de Bogotá · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Digital · Rappi Pay · 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.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.094.813-8

¡Hola!

Enero 2026

ABDENAGO MONTIEL
DG 16B 104 17 B07 00504 - VILLA CARMENZA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097197-173764

Lote: P13GN Ruta: 0011002021009001845O Código del Sector: 324

Cuenta o referencia de pago 60810562

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 5.208.000



vanti Listo

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

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

Alkosto · K-TRONIX · dafiti

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

C1 | 13325

Banco de Occidente

Punto pago

RECIBO DE PAGO

Fecha de pago: 02/01/2026 Hora: 14:45:28

Id Comercio: 15445 No. Terminal: 43

Id Trx.: 113521919 Id Aut: 0446

Comercio: PLATIK - MYJ COMUNICACIONES

Dirección: CL 16F 103C 02

RECAUDO DE FACTURAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: VANTI SA ESP GAS NATURAL

Código convenio: 90

Referencia de pago: 60810562

Valor: $66.540,0

ORIGINAL

Corresponsal bancario para Banco de Occidente. impresión de este tiquete implica su aceptación verifique la información. Este es el único recibo oficial de pago. Requerimientos 018000 514652

Emitido en línea por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUREP-150818 ESP. NIT 800.007.813-5 - Número Factura Electrónica Factura de venta 1 Factura S.A.S. Esta factura no puede valerse de la NIT 140.06.1998 Comisión Tecnología y Servicios S.A.S. BIC NIT 900.351.110-2

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

3 — Periodo facturado: Nov. - Dic. 2025

4 — Emisión de tu factura: 19 Dic. 2025

	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
	2.570,50	0,00	30.846,00
	4.182,00	0,00	4.182,00
	1,26	0,00	1,26
	845,97	0,00	845,97

③ Total $35.875,23

Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
30.664,77	845,97	30.664,77

② Total $30.664,77

③ Valor facturas vencidas

$0,00

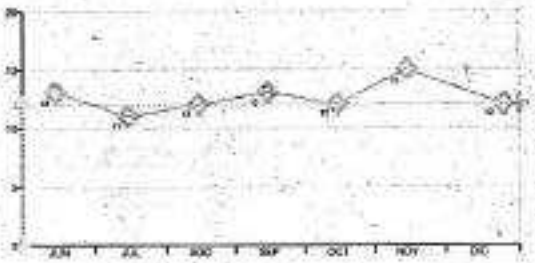
Total a pagar ①+②+③

$66.540,0

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	6035	REAL
16 Dic. 2025	6051	REAL

m³ corregidos= 6051 - 6035 * Factor de corrección = 12

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 $72.000

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Oct. 2030

La revisión de la instalación interna es de responsabilidad y debe hacerse en los plazos establecidos en la regulación vigente. *Resoluciones CREG de 2012 y 41 005 de 2023

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: 1324,70 Tm: 560,67 Dm: 598,11 Cm: 2270,5

Pr: 85,09 Dm: 0,0 Cvfm: 416,0 Cvcm: 2570,5

Cvm: 0,0 Fpcm: 42,512 DAUPr: 0,0 DAUNR: 0,0

Usted consumió en m³ de gas equivale: 142

kWh y el precio unitario del kWh es: $268,978

Factor de corrección

Vm: 16 Rp: 0,76766 Kc: 1,00334 Pt: 0,77253

Vb: 12 Tm: 13,74 Tb: 15,56 Pc: 1,01008

Pz: 0,752 Pm: 0,9204 P pc: 1,0

Factor de corrección: 0,77253

Indicadores de calidad

IRST: 100,0 DES: 0,0 IR: 100,0 IPS: 100,0



(415)7709998026025(8020)60810562(3900)0000000066540

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 N°: 55 | MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231999 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Yoshi | COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Yorkie | EDAD: 1 Año | PESO: 2.2 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: Dessy Yohana Hzarozo Zambrano | DIRECCION: Cl 15 119A 37 | TELEFONO: 3108203656

CEDULA: 1069722873 | CORREO ELECTRÓNICO: johisdama2809@gmail.com

BARRIO: El 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: NA | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 01-07-25

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa ___ TRIPLE: dd/mm/aaaa ___ PENTAVALENTE: 20/06/25

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. 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 c/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,1 ml.	5-7mg/kg IV
	Maxan	0,1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,08 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 preoperatorios.

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 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 neurológicas e incluso la muerte.

[illegible] pueden presentar. De igualla misma manera que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se puedan evidenciar en la zona de implantación, y se manifieste como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de fomentos, 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, la 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:
Daisy L. Zarate	1069722877

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
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.069.722.873
LIZARAZO ZAMBRANO
APELLIDOS
DEISY YOHANA
NOMBRES
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 07-ABR-1988
FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
25-ABR-2006 FUSAGASUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 99 No. 13 - 49 Piso 1

4170385-3

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3703286516-0

FIDUCIARIA BOGOTA
CL 15 NO 119 A 37 TO 4 AP 201
TORRE 4 APARTAMENTO 201
BOGOTA, D.C. - EL CARCO I

15 363 6055 / 13015594

¿Quieres la factura sólo en tu correo?

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: $566,00

CONSUMO DIARIO: 4,10 kWh

VALOR DIARIO: $1.686

PERIODO FACTURADO: 30 NOV 2025 A 15 DIC 2025

DÍAS FACTURADOS: 16

CONSUMO MES: 123 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	4
CARGA kW:	2
FACTOR:	2,00
RUTA REPARTO:	1
RUTA LECTURA:	52001030304005
MANZANA DE LECTURA:	1318201709
MEDIDOR NO:	AB0005557907
SUBCLASE:	13015594
	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 606 5 126 126

115 Opción 5 24 horas

TIPS PARA EL USO DE ENERGÍA

Mantén los electrodomésticos lejos del agua. Nunca cojas enchufes, interruptores o cargadores con las manos mojadas o descalzo.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

Ventanilla Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Presencial

Canales de Servicio

Código QR

RED CADE

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROACTIVA AGUAS DEL CENTRO SAS E.S.P. — Tel. 6 514 20

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá 44 S.S. 20

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 13 B # 68 40 Local 103 104

Línea de servicio al cliente 115

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes de costo — Vigencia NOVIEMBRE

En esta factura no se generaron adicionales que corresponda a un valor no incluido en tarifas aplicadas, el cual debía entre el consumo de los últimos 6 meses, por una causa no imputable al usuario, por una causa no imputable al usuario, conforme a la Ley 142 /1994 art 150.

FECHA GENERACIÓN: 29/12/2025 01:03:39
FECHA EXPEDICIÓN: 03/12/2025 12:41:16

$59.820 + $0 + $20.110 = $79.930

PAGO OPORTUNO
07 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
09 ENE/2026

ENERGÍA

Número de cuenta: 4170385-3

20 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Proceso analítico datos

ENERGIA ACTIVA	11.220	11.033	187	1	334	121	$40.600	$39.511
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	1	0	0	$34.134	$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 170.000 kWh		Valor subsidio cobrado	0	Subsidio 20.0 %			$39.511

ESTE MES LA ENERGIA QUE CONSUMISTE, TIENE UN COSTO DE $40.600 PESOS

SUBTOTAL: $59.534

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$1
MENOR VR COBR TARIFA APLICADA	$371
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$ 152
SUBTOTAL:	$220

Otros cobros de productos y servicios

enel x

Te invitamos a conocer el portafolio de productos y servicios a través de la APP de Enel X. Descarga la app y adquiere tu suscripción a FACTURA ONTIME desde nuestros canales en la sección Prioritas.

1 TOTAL ENERGÍA $59.820

Productos y servicios de enel x y otros proveedores de energía y aseo

2 TOTAL OTROS $0

Si no registra la fecha de PAGO OPORTUNO para su cuenta Factura de venta y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual la suspensión del servicio se realice de no pago. Por la primera y por siguiente vez los cargos pretendidos en el cuerpo factura. El monto por concepto reconexión es hasta de $118.000

Recuerde que de no cubrir el pago en una oportuna Grupo. Este Contrato en la fecha de PAGO OPORTUNO. Este monto no incluye, Ante la cual se cobrará la tarifa vigente según la información financiera y sobre por gastos de cobranza la cual cada 15 días y se actúa gestión de cobro

ESTIMADO CLIENTE: El promedio de subsidio para consumo de subsistencia (0 - 180 kWh mes) por $0 (0 %)

ASEO

Ciudad Limpia

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

RUTA: 3

NIT: 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	12097322	CICLO FACTURACIÓN
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.	378238516-9	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.11.2025 a 18.12.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



CARGOS DE ASEO

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$39.511
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-13.497

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTO: Residencial

VIGENTE: 0.0000 ESTRATO: 2

RESIDENTE: RMC ENCADENADO: 0

% PARTICIPACIÓN: 0 % RMC BARRIO: 0

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

CARGOS FIJOS TARIFA

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$18.092,49	$6.351,86	$154.630,95

TARIFAS DE SUBSIDIOS

BARRIDO:	0.00346426
LIMPIEZA URBANA:	0.00133559
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001407
EFECTIVAMENTE APROVECHABLE:	0.00982574
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
APORTE NO APROVECHABLE	0.00

BASE EXENCIÓN: 0

3 TOTAL ASEO: $25.110

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

MENSAJES DE INTERÉS

INFORMATIVO DEUDA TOTAL 20.116.00

NÚMERO DE CUENTA
4170385-3

Documento Equivalente Electrónico No.
378238516-9

PAGO OPORTUNO
07 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$79.930

(415)7707209914153(8020)0041700385378238516(3900)000000079930

No. Cuenta 41 70385-3 3901-4

23 JUL - Pag 3 de 4

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 UIC (Número de Historia Clínica): 56

MICROCHIP: Expiry Date:2030/09/02 900255003231985

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: O'cconer

COLOR: Barano

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 1 Año PESO: 30 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: Jose Mauricio Rodriguez Para

DIRECCION: Cl 18 108-69

TELEFONO: 3108122003

CEDULA: 79131997

CORREO ELECTRÓNICO: maurodriguezpara@hotmail.com

BARRIO: Belen ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBÓN

ESCOLARIDAD: Primaria NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/Julio/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. 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	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	3,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	26 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	1 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENTA (S.P.B.)	30 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 prequirúrgicos.

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

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Munar Ortiz MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 43211

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 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 mal posterior de lesiones, jabones, tierra, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irritan 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:
	1c 79/131.977 DE.

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 79.131.977



Apellidos
RODRIGUEZ PAVA

Nombres
JOSE MAURICIO

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.75
Sexo: M
Fecha de nacimiento: 24 JUN 1958
G.S.: O+

Lugar de nacimiento
ZIPAQUIRÁ (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
30 SEPT 1998, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de vencimiento
01 JUN 2032



ICCOL0025366750150O1<<<<<<<<<<<
6806248M3206010COL79131977<<<3
RODRIGUEZ<PAVA<<JOSE<MAURICIO<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Rotación Avenida Boyacá

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: S3 RUTA: S33694

BIMESTRAL

10456961
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

13853729914
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el documento
Escanea el Código QR

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

Pago oportuno DIC/28/2025

Suspensión DIC/31/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación de esta factura	Fecha y hora de expedición de esta factura
FEB/17/2026	DIC/06/2025 07:01:15	DIC/06/2025 11:47:30

¡Hola!

Factura a nombre de
ANTONIO M RODRIGUEZ

Dirección del predio
CL 18 108 69

Barrio: BELEN 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: FLODS DE ACERO Tipo: VELOCIDAD
Serie: A7S173656 Diámetro pulgadas ½

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

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

Entra a www.acueducto.com.co/servicios al Centro de Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de Internet

Tu consumo en este período

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



En este periodo consumiste más agua que en el anterior

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período

32.000

Promedio al día

525

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período: [illegible] Facturación con: [illegible]
Lectura anterior: [illegible] Base promedio
Tu consumo este período: [illegible] Descargue fuente alterna: 0
Consumo totalizadora

Datos de tu medidor

Marca: [illegible] Tipo: [illegible]
Serie: [illegible] Diámetro pulgadas: [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 período

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros	Escanea y paga virtual
$124.536,20	+	$123.345,78	+	$117	
A		B		C D E F	

Conoce aquí las diferentes coberturas en tu zona con tarifas de riego

Total ingresos del período

= **Total a pagar** $248.000

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

CUNE [illegible]

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

Conc.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cons)
Cargo fijo acueducto	2,00	$9.795,62	-15	$2.939,-	$16.316,26
Consumo básico acueducto (m³)	22,00	$3.759,00	-15	$12.403,-	$70.292,55
Consumo complementario acueducto (m³)	10,00	$5.759,00		$0	$57.590,00
Cargo fijo alcantarillado	1				
Consumo básico alcantarillado	1				
Subtotal				$15.344,-	$124.536,20

B Alcantarillado

Conc.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cons)
Cargo fijo alcantarillado	2,00	$4.858,05	-15	$1.457,-	$7.915,10
Consumo básico alcantarillado (m³)	22,00	$4.021,99	-15	$12.273,-	$75.356,78
Consumo complementario alcantarillado (m³)	10,00	$4.021,99		$0	$40.219,90
Subtotal				$14.670,-	$123.345,78

* Corresponde a consumos en hasta dos (2) m³ 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 hay otra tasa

	Tarifa Cruz Roja (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$36,06	$89,16
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$480	$3.000

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Subsidio a la decena	$0-
Intereses de mora	$120
Subtotal	

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 para la próxima vez, rápi y seguros.

Para que no te engañen, recibe cobros a través de los bancos autorizados.

Acueducto y Alcantarillado
Total a pagar
$248.000

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO
FACTURA DE SERVICIO PUBLICO No.
Solo cuando Si en el mismo mes se hace aplicación de subsidio se solicitará en esta opción solo la cuenta de EPM. Aplica solo para clientes en Bienes y Real CADE. No podrá diligenciarse en los corresponsales bancarios)

9893

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. 57 | 900255003234541 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tomy | COLOR: Amarillo.

ESPECIE: CANINO X FELINO__ | SEXO: HEMBRA__ MACHO X | RAZA: Pinscher | EDAD: 4 A | PESO: 5.6 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 ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO__ OTRO__

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Anghy Lorena Santacruz Castillo | DIRECCION: Kra 128 No 22 g 88 | TELEFONO: 3108975861

CEDULA: 1.016.038.964. | CORREO ELECTRÓNICO: 3108975861@sin correo.com

BARRIO: Brisas Alsia | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N.A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 08/11/2025

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: 08/11/2025

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

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,6 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.)	0,5 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	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. 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 alérgicas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he sido informado sobre [illegible] 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 lesiones, jaboneo, 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:
Angni Santamaria	1016058964

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 1.016.038.964
SANTAMARIA CASTILLO

APELLIDOS
ARIGHY LORENA

NOMBRES

ARIGHY SANTAMARIA

FIRMA





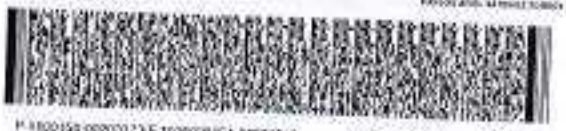
FECHA DE NACIMIENTO 08-JUN-1991
BOGOTA D.C
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

15-OCT-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

ARIGHY LORENA SANTAMARIA CASTILLO



I-1500159-00800273-F-1016038964-20091015 0019150035A 1 33244168

FACTURA EN LÍNEA



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



vanti

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

¡Ahórrate el incremento de tarifa del 2026!

Aplica solo a cargo en los empalmes que determina el Grupo Vanti. Consumo válido entre el 25/12/2025 y el 31/12/2026. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Puedes obtener la revisión con nuestros empalmes de inspección acreditados ante la ONAC. Ver Tyc en www.grupovanti.com/RPO

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Bancolombia · Nequi · daie

*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 Bancos Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies
Metro, Jumbo, Éxito

Tu convenio con efectivo, sitio destinado al pago y la gestión de Vanti S.A. ESP.

CANALES SOLICITUDES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT #900.858.114 - COMUNICANOS.COM

...ago para abrir la factura

¡Hola!

MARIA TERESA TORO DE GARCIA
KR 128 22G 86 01 00001 - BRISAS ALDEA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5037101-102625

Lote: P17GN **Ruta:** 0011010080600005000 **Código del Sector:** 329

Cuenta o referencia de pago **61419975**

vanti Listo

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

vanti

¡TU COMPRA EMPIEZA escaneando el QR!



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

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago 61419975

NIT 900.007.813-9
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más fuerza de conexión

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 16 Ene. 2026

2 — Fecha de suspensión: 19 Ene. 2026

3 — Periodo facturado: Nov. - Dic. 2025

4 — Emisión de tu factura: 26 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	11M3	2.934,15	0,00	32.275,65
MENOS SUBSIDIO (53%)	10M	-19.715,52	0,00	-19.715,52
AJUSTE DECENA	10N	0,13	0,00	0,13

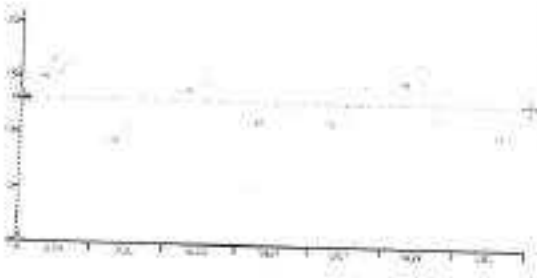
PAGADO 30 ENE 2026

1 – Total $21.560,00

Tus financiaciones

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

Tus ultimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat.Cos: — Días de consumo 27

Fecha	Lectura	Tipo
24 Nov. 2025	3023	REAL
26 Dic. 2025	3037	REAL

m³ corregidos: 3037 - 3023 * Factor de corrección = 11

Tu próxima lectura será: Entre 19 y el 24 de Enero

Novedades de tu factura

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 30 Jun. 2029

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor (...) m³ de gas este mes es de: $2571

Sep. $2715 Oct. $2748 Nov. $2742

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

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 (Número de Historia Clínica): 58

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231998

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD L CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Neron

COLOR: Café

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Bulldog Frances EDAD: 7 Meses PESO: 9.5 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 ___ MIXTO ___ OTRO: Bore

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Margie Diana Cruz Hurtado

DIRECCION: Kr 108 23 F 19

TELEFONO: 3243342115

CEDULA: 1016059875

CORREO ELECTRÓNICO: dianacruz071828@gmail.com

BARRIO: Versalles ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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 1 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,5 ml	5-7mg/kg IV
	Morfina	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 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 Urbina Médica 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. 4144]

FIRMA

FONTIZÓN

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 intervención, 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 líquidos, 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:
	1016059875

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 1.016.059.875
CRUZ HUERTAS

APELLIDOS
MARGIE ELIANA

NOMBRES
Margie Eliana

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 28-SEP-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-OCT-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00054065 F-1016059875-20120107 0029937232A 1 37573128

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 830.059.845-4
Carrera No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **7524134-2**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 378930823-0

CLIENTE

JAIRO CRUZ ROMERO
KR 108 NO 23 F 19 PI 2
CARRERA 108 23 F 19 PISO 2
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

15 311 8874 / 20358795

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $850,69

CONSUMO DIARIO: 8,90 kWh

VALOR DIARIO: $6.091

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

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 267 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

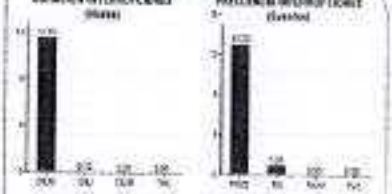
Repórtalo de forma anónima al **601 514 0000** o a través de nuestra **página web: enel.com.co**



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	7,50
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100030531188/4
RUTA LECTURA:	10553196370
MANZANA DE LECTURA:	M0000540139
MEDIDOR NO:	20358795
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registrate gratis

Zona personal de la página web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Cundinamarca y Cundinamarca: 601 5 115 115

Nacional: 115

Línea gratuita nacional

Oficinas de atención

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Codigo QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROACTIVA AMBIENTAL DISTRITO S.A.S.E.S.P.	TV 4 NO. 6-76
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 15
ATESA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-38 #3 Local 101 104

Línea de servicio al cliente 110

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

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

FECHA GENERACION 22/12/2025 01:30:13
FECHA EXPEDICION 22/12/2025 12:31:10

CUDE: 1557f7f7c34e9b0016e8b9845d2c10e98aaac33e4c1eeff1dd57e0750ef1f2b9f1f50d1e9e9e2a2d1f3d4ed9b6d471e0f0

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, le invitamos a revisar el Código de Medida, los establecimos obligaciones, actividades y responsabilidades a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y a usuarios. Para obtener mayor información, se encuentra a disposición en nuestra página web www.enel.com.co

ENEL COLOMBIA S.A. ESP prestará el servicio de manera permanente y cesará de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Consagrado en Contrato de Condiciones Uniformes), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el cliente para el uso de la factura electrónica de servicios. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el contenido que contiene los anexos. Para los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos anexos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por esta Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y del alumbrado público es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 830.059.845-4. Prestar vigilancia por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FORMATO ANEXO HISTORIA/AUTORIZACIÓN PARA RAZAS BRAQUICÉFALAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

La mortalidad anestésica en perros y gatos braquiocefálicos es mayor fundamentalmente a las particularidades respiratorias y digestivas que presentan este tipo de pacientes
Las razas braquiocefálicas se caracterizan por presentar un cráneo corto en la dirección rostro- caudal, que resulta en una corta nariz. Esta particular conformación genera un relativo exceso de tejidos blandos en el tracto respiratorio alto, responsable de la sintomatología clínica del síndrome respiratorio del braquicéfalo (SORB). La mortalidad anestésica en perros de raza Bulldog Inglés (BDI), Francés (BDF) y Pug , gatos persa/persa extremos, es mayor que en razas no braquicefálicas durante el proceso de inducción y recuperación anestésica es donde se presenta más riesgo de tener complicaciones Adicionalmente a las particularidades respiratorias (estenosis nasal, paladar blando elongado, eversión de sáculos laríngeos, entre otros), problemas neurológicos (convulsiones, tumores a nivel de cerebro , hernias discales/compresión medular, hemivertebras) estos animales usualmente presentan:

- Regurgitación, vómitos, reflujo gastroesofágico (RGE), alteración en el vaciado gástrico y gastritis/ neumonía por aspiración
- Particularidades oculares vinculadas a la exposición del globo ocular que entre otros trastornos ocasiona un parpadeo incompleto generando una humectación ocular deficiente
- Alteraciones hematológicas (aumento del hematocrito y hemoglobina) por estímulo medular ante los grados variables de hipoxemia
- Alto índice de tono vaso-vagal (mayor componente parasimpático en la variabilidad de la frecuencia cardiaca), arritmia sinusal, paro sinusal, y marcapaso migratorio.
- Poca tolerancia al estrés calórico/ termorregulación ineficiente /golpe de calor
- Hipertensión
- Convulsiones

Por tanto, lo ideal es que estos pacientes tengan un manejo más estricto:

- Reducción de estrés en todo momento (el estrés incrementa la dificultad respiratoria, ansiedad, colapso, muerte)
- Bajo exposición al calor (ya que su termorregulación es ineficiente)
- Exámenes pre anestésicos (para saber si presenta anemia, infección, baja de plaquetas, si el hígado puede metabolizar la anestesia y el riñón está en buenas condiciones para eliminarla, entre otros)
- Rx de cuello y tórax (para valorar si presenta colapso traqueal/estenosis traqueal y diámetro de tráquea para elección de tubo endotraqueal necesario para anestesia)
- Valoración cardiaca con electrocardiograma, ecocardiograma, presiones (para detectar arritmias, bloqueos, en general alteraciones cardiacas típicas de estos pacientes)
- Examen físico completo, minucioso y detallado
- Manejo de Anestesia inhalada (para una rápida recuperación/rápido despertar)
- Durante todo el periodos anestésico: Monitoreo de Saturación de oxígeno, medición de dióxido de carbono(capnógrafo) , presiones, frecuencia cardiaca, respiratoria, electrocardiograma.

Conociendo los anteriores riesgos, principalmente dados por su conformación anatómica, y que en jornada masiva /gratuita de esterilización no se van a tener como lo son:
Los pacientes ingresan sin exámenes pre anestésicos, lo cual genera que pueda tener alteraciones y no sean detectadas y el paciente fallezca o presente complicaciones post quirúrgicas
Los pacientes ingresan sin valoración cardiaca completa lo cual genera que pueda tener alteración cardiaca y por esto fallecer.
Los pacientes ingresan sin rx cuello y tórax, lo cual genera que no sepamos si presenta alteración en su tamaño traqueal y no sepamos con exactitud que tamaño de tubo usar y pueda existir lesión traqueal
La anestesia no es inhalada, lo cual implica más tiempo de recuperación/despertar por ende mayor posibilidad de fallecimiento o complicaciones

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN

BOGOTÁ

Yo Marge Ortuela identificado con cédula de ciudadanía número 1060598755, de Bogotá autorizo el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino (X) felino ( ) de Nombre Neron, Raza Bulldog frances Edad 7 meses.

Estoy plenamente consciente de los altos riesgos de complicaciones graves y de mortalidad asociados con la anestesia y la cirugía en perros braquicéfalos, dada su conformación anatómica especial. A pesar de estos riesgos, acepto la responsabilidad y libero de cualquier responsabilidad al equipo médico de la móvil quirúrgica, al personal encargado, y a la Alcaldía Local de Fontibón.

He sido informado de manera completa sobre los riesgos y el procedimiento quirúrgico, tanto a través de información por texto, imágenes, y explicaciones verbales proporcionadas por el equipo médico.

NOMBRE TUTOR RESPONSABLE: Marge Ort.

CEDULA: 1060598755 Bta

FIRMA:

FECHA: 15 01 2026 JORNADA Esterilizacion Fontibon

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: 59 (Número de Historia clínica) | MICROCHIP: Expiry Date:2030/09/02 900255003232000 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bruno | COLOR: Gris Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Bulldog Frances | EDAD: 21 Meses | PESO: 9.3 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 ___ OTRO Bolt

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Margie Eliana Cruz Huertas | DIRECCION: Kr 108 23F 19 | TELEFONO: 324 334 2115

CEDULA: 1016059875 | CORREO ELECTRONICO: eliana.cruz07182@gmail.com

BARRIO: Versalles | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa | PENTAVALENTE: dd/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: 46 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	06 ml.	5-7mg/kg IV
	Morfina	03 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	09 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	Dr. Felipe Suarez Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P. 47661	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 4144	FIRMA

EDITICIÓN

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 manifieste 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:
	1016059875

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 **1.016.059.875**
CRUZ HUERTAS

APELLIDOS
MARGIE ELIANA

NOMBRES
Margie Cruz

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **28-SEP-1993**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-OCT-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00354585-F-1016059875-20120102 0028907232A 1 37573126

430062

Bogotá

ECOLÓGICO

Para pagos y consultas su número de cliente es: **7524134-2**

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 3

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 378006923-0

430062

CLIENTE

JAIRO CRUZ ROMERO
KR 108 NO 23 F 19 PI 2
CARRERA 108 23 F 19 PISO 2
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

15 311 6874 / 20358795

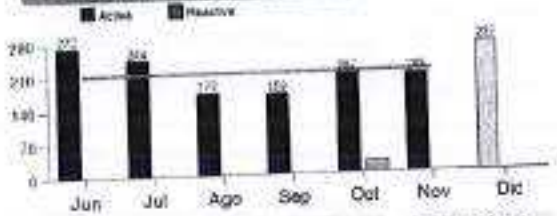
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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: $800.09

CONSUMO DIARIO: 8.90 kWh

VALOR DIARIO: $6.601

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 5 MESES: 212 kWh

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

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 267 kWh

Tips para ahorrar: Conoce la LECTURA DE TU MEDIDOR y el CONSUMO presente en tu factura. Encuentra las pruebas gratuitas y los kits de consumo en www.enel.com.co

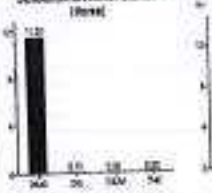
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	1.50
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1300215311887A
RUTA LECTURA:	13153190370
MANZANA DE LECTURA:	MS00640139
MEDIDOR NO:	20358795
SUBCLASE:	Básica

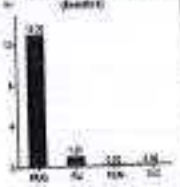
USO SEGURO DE ENERGÍA.
Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca uses secadores, planchas o cargadores cerca de lavaderos o duchas.

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACION INTERRUPCIONES (Horas)



FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Veces)



CONTÁCTANOS

Tráelos y solúcionalos en enel.com.co/es/personas/radicadores

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

318 890 8003 (Elena Bot o pasa Asesor)

Enel Colombia | @EnelClientes

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Disponible las 24 horas	601 514 0000 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Bancos | Internet | Teléfono Banco | Débito Automático | Cajeros Electrónicos | APP Enel Clientes Colombia | Botón de pago Online | Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual

dale! | MOVII | Nequi | tpaga

Corresponsales Bancarios

CENRED | efecty | Reval | Gana | Su Red | Hoy Red | Punto Red | Su Red | Su Red | efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

Enel Clientes Colombia

Código QR

Almacenes de Cadena

Olímpica | Makro

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el respectivo soporte de validación. El sello de corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

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

D: $388,96 T: $93,30 G: $194,64 CV: $79,01 PR: $58,93 R: $85,11 CF: $6,09 / $800,09 Costo kWh Mes

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-35
CAIDAC LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 128 # 54-38 49 Local 125-131

Línea de servicio al cliente 110

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

FECHA GENERACIÓN: 22/12/2025 01:30:13
FECHA EXPEDICIÓN: 22/12/2025 12:31:16

CUDE: 150f2d7f7443a0b0b04e4e8f9492b2d1c0e69aaec80ee5cce8ba8d57eb792e1f69f8f2f2cfe5e4993adad1f5f9a9d0b3e7f1d23

GRUPO: V. EMCUATO: FR-6,2287870 -- NIVEL DE TENSIÓN: 1 (Secundario) - Empresa

ACTUCIÓN ECONÓMICA 2010: Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11 (Un por ciento). Somos autoretenedores según Resolución No. 0047 de 29 de enero 2002 - IVA Régimen Común - CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.

Sobre el vencimiento de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos dentro de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al 360 5 115 115, Sobre el Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Barrios grandes consumidores según resolución No 0061 de 15 de diciembre de 2020.

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

Esta factura se podrá cobrar hasta cuatro (4) meses después de su expedición.

En cumplimiento de la resolución CREG 15011 corregida por la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlo en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115. Sobre el Bogotá al 01 8000 912 115 o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP prestó el servicio de recaudo para terceros y recibe de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (tarifas de Colombia), de acuerdo con la autorización aquella emitida por el cliente para el uso de la factura como soporte de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con sobre aquellos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización o distribución no exonera efectivos y de productos y servicios de valor agregados es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8, Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

Prestador Tecnológico: Tecnología y Servicios SAS ESP - Nombre del SW: CERTIpaper - NIT 900.321.751-6

Resolución DIAN No. 18764007081487 de 2019/01/25 Prefijo SETT Rango Habilitado 1 al 5000 - Software No. 6e0d7f5a-2f2b-4ed1-8ed1-ed1e0e0e0e0e

FORMATO ANEXO HISTORIA/AUTORIZACIÓN PARA RAZAS BRAQUICÉFALAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

La mortalidad anestésica en perros y gatos braquiocefálicos es mayor fundamentalmente a las particularidades respiratorias y digestivas que presentan este tipo de pacientes
Las razas braquiocefálicas se caracterizan por presentar un cráneo corto en la dirección rostro- caudal, que resulta en una corta nariz. Esta particular conformación genera un relativo exceso de tejidos blandos en el tracto respiratorio alto, responsable de la sintomatología clínica del síndrome respiratorio del braquicéfalo (SORB). La mortalidad anestésica en perros de raza Bulldog Inglés (BDI), Francés (BDF) y Pug , gatos persa/persa extremos, es mayor que en razas no braquicefálicas durante el proceso de inducción y recuperación anestésica es donde se presenta más riesgo de tener complicaciones Adicionalmente a las particularidades respiratorias (estenosis nasal, paladar blando elongado, eversión de sáculos laríngeos, entre otros), problemas neurológicos (convulsiones, tumores a nivel de cerebro , hernias discales/compresión medular, hemivertebras) estos animales usualmente presentan:

- Regurgitación, vómitos, reflujo gastroesofágico (RGE), alteración en el vaciado gástrico y gastritis/ neumonía por aspiración
- Particularidades oculares vinculadas a la exposición del globo ocular que entre otros trastornos ocasiona un parpadeo incompleto generando una humectación ocular deficiente
- Alteraciones hematológicas (aumento del hematocrito y hemoglobina) por estímulo medular ante los grados variables de hipoxemia
- Alto índice de tono vaso-vagal (mayor componente parasimpático en la variabilidad de la frecuencia cardíaca), arritmia sinusal, paro sinusal, y marcapaso migratorio.
- Poca tolerancia al estrés calórico/ termorregulación ineficiente /golpe de calor
- Hipertensión
- Convulsiones

Por tanto, lo ideal es que estos pacientes tengan un manejo más estricto:

- Reducción de estrés en todo momento (el estrés incrementa la dificultad respiratoria, ansiedad, colapso, muerte)
- Baja exposición al calor (ya que su termorregulación es ineficiente)
- Exámenes pre anestésicos (para saber si presenta anemia, infección, baja de plaquetas, si el hígado puede metabolizar la anestesia y el riñón está en buenas condiciones para eliminarla, entre otros)
- Rx de cuello y tórax (para valorar si presenta colapso traqueal/estenosis traqueal y diámetro de tráquea para elección de tubo endotraqueal necesario para anestesia)
- Valoración cardiaca con electrocardiograma, ecocardiograma, presiones (para detectar arritmias, bloqueos, en general alteraciones cardiacas típicas de estos pacientes)
- Examen físico completo, minucioso y detallado
- Manejo de Anestesia inhalada (para una rápida recuperación/rápido despertar)
- Durante todo el periodos anestésico: Monitoreo de Saturación de oxigeno, medición de dióxido de carbono(capnógrafo) , presiones, frecuencia cardiaca, respiratoria, electrocardiograma.

Conociendo los anteriores riesgos, principalmente dados por su conformación anatómica, y que en jornada masiva /gratuita de esterilización no se van a tener como lo son:
Los pacientes ingresan sin exámenes pre anestésicos, lo cual genera que pueda tener alteraciones y no sean detectadas y el paciente fallezca o presente complicaciones post quirúrgicas
Los pacientes ingresan sin valoración cardiaca completa lo cual genera que pueda tener alteración cardiaca y por esto fallecer
Los pacientes ingresan sin rx cuello y tórax, lo cual genera que no sepamos si presenta alteración en su tamaño traqueal y no sepamos con exactitud que tamaño de tubo usar y pueda existir lesión traqueal
La anestesia no es inhalada, lo cual implica más tiempo de recuperación/despertar por ende mayor posibilidad de fallecimiento o complicaciones

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN
BOGOTÁ

Yo Margie Cruz Huertas identificado con cédula de ciudadanía número 1016054875 de Bogotá autorizo el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino (X) felino ( ) de Nombre Bruno Raza Bulldog Frances Edad 21 meses

Estoy plenamente consciente de los altos riesgos de complicaciones graves y de mortalidad asociados con la anestesia y la cirugía en perros braquicéfalos, dada su conformación anatómica especial. A pesar de estos riesgos, acepto la responsabilidad y libero de cualquier responsabilidad al equipo médico de la móvil quirúrgica, al personal encargado, y a la Alcaldía Local de Fontibón.

He sido informado de manera completa sobre los riesgos y el procedimiento quirúrgico, tanto a través de información por texto, imágenes, y explicaciones verbales proporcionadas por el equipo médico.

NOMBRE TUTOR RESPONSABLE: Margie Cruz

CEDULA: 1016054875 de Bta

FIRMA:

FECHA: 15 01. 2026 JORNADA: Esterilización Fontibón.

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZAC[illegible]AS

HISTORIA CLINICA (Número de historia clínica): 60 | MICROCHIP: 900255003231512 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Jengibre | COLOR: Café

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Pinsher | EDAD: 2A | PESO: 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 ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO: nacio en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Sebastian Beltran Nino | DIRECCION: cl 22g N° 118A 46 | TELEFONO: 3219967341

CEDULA: 1000379358 | CORREO ELECTRONICO: JSebastianbeltran@gmail.com

BARRIO: Las Brisas | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: N/R

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa 05-03-24 | 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: 37,7°c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 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	0,2 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	Dr. Felipe Suarez Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P. 42661	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Mesa Ferro MEDICINA 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: 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 ungüentos, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 8 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, la 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: 1006919358.

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

NÚMERO **1.000.519.358**
BELTRAN NIÑO

APELLIDOS
JUAN SEBASTIAN

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **07-ENE-2003**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

14-ENE-2021 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALVARO ECHEVERRY



0100

enel Bogotá

7484938-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3705 05428 6

MARTHA CARRLLO GARZON
CL 22 G NO 118 A 46 PI 1
PISO 1
BOGOTA, D.C. - BRISAS ALDEA FONTEBON

15321 8615 / 20338293

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activo

VALOR kWh APLICADO: $869,89

CONSUMO DIARIO: 3,40 kWh

VALOR DIARIO: $1.047

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

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 102 kWh

¡Ayuda a la Enel a tomar bien la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía no exceda el límite de tu subsidio!

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:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1806150310615
RUTA LECTURA:	13153700106
MANZANA DE LECTURA:	MD0041424
MEDIDOR NO:	20338293
SUBCLASE:	Básica

HISTÓRICO DEL SERVICIO

CANTIDAD ANTEPENÚLTIMA (kWh) — PENÚLTIMA (kWh)

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A. E.S.P. — AV 4 No. 9A-05

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 6-18 - 20

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 129 # 94-38/48 costado NO-124

Línea de servicio al cliente 115

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Componentes Tarifarios / Componentes del costo: Vigencia: 10/11/2025

FECHA GENERACIÓN: 22/12/2025 01:28:22
FECHA EXPEDICIÓN: 22/12/2025 12:17:30



$49.730



$0



$20.110

$69.840

06 ENE /2026

06 ENE/2026

7484938-9

19 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGÍA ACTIVA	5.570	5.210	60	1	300	180	$222.600	$81.000
ENERGÍA REACTIVA	330	311	0	1	0	0	$246.84	$0
SUBSIDIO	Cobertura subsidio 100.00 100% X		Valor kWh $222.600	0	Subsidios 33.44 %			$32.160

ESTE MES LA ENERGÍA QUE CONSUMISTE, TU COSTO ES $41.040,00

SUBTOTAL: $49.420

Ajustes a la decena	$-4
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$826
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-714
SUBTOTAL:	$110

$49.730

$0

Con en cuanto 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 pliego tarifario, el costo por concepto de incremento en tasa es $100.883.

Informamos que en no realizar el pago de tus obligaciones Dentro Fijo CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, tener presente que esto, ante la cual se realiza reporte negativo a las bases de información financiera y podrá ser gestionado su cobro por la vía judicial. Si ahora supera 15 días y se realiza agregado de costo.

ESTIMADO CLIENTE: El presente de solicitud para el cobro de subsidios por $0 - 100 Ahorro por un total de 33.44 %

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

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	70256052	DÍAS FACTURADOS
FACTURA EC COSTOS PUBLICOS NO	378016428-6	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	15.11.2025 a 15.12.2025	



CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$33.517
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-13.437

DATOS DEL USUARIO

Uso: Residencial

VOLUMEN: 0.000 | ESTRATO: 3

ENVIADA: | FREC. RECOLECCIÓN: 3

TURBOTACIÓN: no | FREC. BARRIDO: 0

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Real Asociativo	1	0
No residenciales	0	0

COSTO PLD TOTAL	COSTO KWH/MES NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$18.002,48	$6.381,86	$154.880,99

SUBSIDIO	0.00246426
LIMPIEZA URBANA	0.00133599
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO	0.00001407
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS	0.05982574
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.00
APROVECHO APROVECHABLE	0.00

MESES DE MORA: 0

$20.110

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

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 20.110,00

NUMERO DE CLIENTE
7484938-9

Documento Equivalente Electrónico No. 378016428-6

(415)7707209914253900001178(8020)0000000000000000

PAGO OPORTUNO
06 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$69.840

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: 61 (Número de identificación)

MICROCHIP: Expiry Date: 2030/09/02 900255003234538

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mufasa

COLOR: Negro cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Pinscher EDAD: 2 AÑOS PESO: 3 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 ___ DIETO ___ OTRO Barf

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Margie Eliana Cruz Hoyos

DIRECCIÓN: Kr 108 73F 19

TELEFONO: 3293342115

CEDULA: 1016059875

CORREO ELECTRÓNICO: elianacruz071828@gmail.com

BARRIO: Versalles ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA

ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa Noviz5

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: NO/NAZS

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: 44 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLC 1 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 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	0.2 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 ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Angela Maria 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

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 mascota. 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.

Reconozco que existen otros riesgos y complicaciones que pueden presentarse, aunque no se mencionan aquí, que pueden presentar. Se realizará 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, posible infección en el área por el uso posterior de lesiones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otros 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:
	1016059875

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/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 **1.016.059.875**
CRUZ HUERTAS

APELLIDOS
MARGIE ELIANA

NOMBRES
Margie Cruz

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **28-SEP-1993**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-OCT-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00364565-F-1016059875-20120107 0028907232A 1 37573128

enel | Bogotá

ecológico

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT. 800.063.879-8
Calle 80 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **7524134-2**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 378000923-0

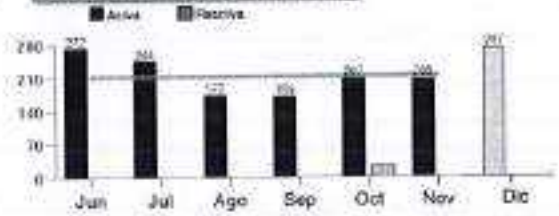
43062

CLIENTE

JAIRO CRUZ ROMERO
KR 106 NO 23 F 19 PI2
CARRERA 108 23 F 19 PISO 2
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

15 311 8874 / 20358785

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $803,09

CONSUMO DIARIO: 8,00 kWh

VALOR DIARIO: $6.001

PERIODO FACTURADO: 19 NOV/2025 A 18 DIC/2025 | **DIAS FACTURADOS:** 30 | **CONSUMO MES** 267 kWh | CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 251 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**



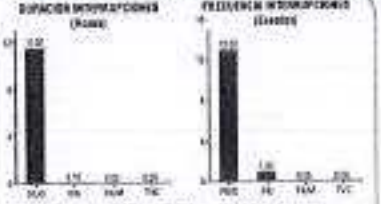
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	1,50
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100631531169074
RUTA LECTURA:	13153190370
MANZANA DE LECTURA:	MSD0690139
MEDIDOR NO:	20358785
SUBCLASE:	Basica

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 22,64 HH | UBA(%): 11 | PE: 0,00 | VC: 0,00 | CSC: 0,00
NOL(%): 0,00 | DI: 23,73 | CI: 22,64 | MO: 0,00 | AP: 1,00 | TVC: 0,20
Para mayor detalle consulte los indicadores 09/22 del 01 de 2025 a 2024 de 2025

CONTÁCTANOS

Tramites y solicitudes enel.com.co/es/personas/tramitesenlinea
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
350 890 0000 (Elara Bot o pasar Asesor)
Enel Colombia
@AyudaEnergia
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

EMERGENCIAS
115 Gratuito las 24 horas

DENUNCIAS
606 5140065
denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Bancaria | Internet | Teléfono Banca | Débito Automático | Cajero Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Corresponsalía | Billetera Virtual: dale! | MOVII | Nequi | rapiga

Corresponsales Bancarios: CONFECOOP | efecty | El Reval | MOVIRED | punto red

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena: EXITO | Metro

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-38/50 Local 123-124

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 3 meses, por una única vez y no afecta los consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art. 125).

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2025
G: $286,86 T: $80,39 D: $294,84 CV: $258,81 PD: $68,80 R: $26,15 CC: $8,00 / $803,09 Costo kWh día

FECHA GENERACION: 22/12/2025 01:30:13
FECHA EXPEDICIÓN: 22/12/2025 12:31:10

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Vendido del SIN: CO1Fenvelenc - NIT 800.400.174-4

Pagina 1 de 6 - 8 0 1 4

Pagina generada con Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S. NIT 830.048.226-6

43062

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: 62

900255003231044

NO. ochip:

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tobby

COLOR: Negro Fuego

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Pinscher EDAD: 3. A PESO: 3.3 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: Maria Leonor Sospe Urquijo

DIRECCION: Kra 104 N. 15A72

TELEFONO: 3133813553

CEDULA: 21018.857

CORREO ELECTRONICO: dayi50413@hotmail.com.

BARRIO: Sabana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N.A

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

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/07/2025

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 (E) 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	0,4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	FEN (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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (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 Alvarado Nuñez
Medica 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:

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 puedan evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorico 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:
	21018857

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 **21.018.857**

SUSPE URQUIJO

APELLIDOS

MARIA LEONOR

NOMBRES



FIRMA

Digitized by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUL-1984**

TOCAIMA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 **B+** **F**

ESTATURA G.S RH SEXO

16-AGO-2002 TOCAIMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1516900-00678466-F-0021018857-20150316 0043581404A 1 4340223J

Digitized by CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

158

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natalia Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: Q3 RUTA: Q33359 BIMESTRAL

11292237	44123262212
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Periodo facturado SEP/16/2025 - NOV/13/2025

Pago oportuno DIC/19/2025 Suspensión DIC/24/2025

Fecha esperada para la próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/11/2026	DIC/03/2025 05:50:50	DIC/03/2025 11:38:54

¡Hola!

Factura a nombre de
CARLOS EDUARDO DIAZ GUTIERREZ

Dirección del predio
KR 104 15A 72 BQ 11 CA 11

Barrio: SABANA 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 IESACONTA Tipo VELOCIMAN
Serie 01050804214 Diámetro pulgadas ½

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

En este periodo **consumiste 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

152785 75528

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 9 m³



En este período consumiste más agua que en el anterior

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período

10.000

Promedio al día

169

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	2069	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	2060	Base promedio	
Tu consumo este período	10	Descargas fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	IBERCONTA	Tipo	VELOCIDAD
Serie	0101616514314	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	
$34.301,44	+	$29.718,30	+	$22.547-	=
A		B		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

Incluye costo CARB-ESP (aporte a la DMV al precio actual)

Total a pagar $41.473

Cufe (Código Único de Factura Electrónica): 2e7f64a2628ee23c8874f8721e399e833ad0c3e086e864409f234e8ac8fafe0b93ad5b7d81f0c6873832e88c0bbdc455

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial Enero	2,00	$9.735,62	-40	$7.831-	$5.827,37	$11.654,74
Consumo residencial básico (m³)	10,00	$2.197,93	-40	$15.032-	$2.354,75	$22.547,20
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo de residencial (m³)						
Cobro fijo residencial (m³)						
Subtotal				$22.869-		$34.301,44

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
	2,00	$4.656,66	-40	$3.725-	$3.793,60	$5.587,10
	10,00	$4.021,82	-40	$16.087-	$2.413,08	$24.131,20
				$19.812-		$29.718,30

* 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 en %; si hay un aporte, se agrega un %.

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico. Hay otras tasa

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$18,47	$69,24
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$185	$643

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Pago ntra. este mes	$22.547-
Subtotal	22.547-

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 que no requieras desplazarte a establecimientos de atención autorizados

Red CADE: Consulta el punto CADE más cercano a ti en www.cade.com.co/puntos-cade

La CADE Polo Bosconia está ubicada en la Calle 16 # 15-20 Barrio Centro, Bosconia, Cesar.

UGAVIA POBLADO SUPERIOR, EVIDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$41.473

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO
FACTURA DE SERVICIO PUBLICO No.

Señor cajero: Solo el suscriptor de acueducto o el usuario (declarado) registrado en Acueducto. (Este aviso no podrá ser fotocopiado en Factura y Red CADE, ni podrá ser fotografiado en ninguna forma).

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS S33-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: HC Número de Historia Clínica: 63 | MICRO: 900255003234798 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CPS ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Spay | COLOR: Caramelo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 3 A | 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 ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Edgar Francisco Herrera Escobar | DIRECCION: Clle 22 DBIS A D. 119-A30 | TELEFONO: 3164514203

CEDULA: 14.322.212. | CORREO ELECTRÓNICO: herrerpacho@hotmail.com.

BARRIO: brisas Aldea | 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: N.A | 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. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m | F. RESPIRATORIA: 42 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,3 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 ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Angela Maricela Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45636 | FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa Ferro 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: 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 terapias, jabones, telas, 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 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 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:
	1432212

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 14.322.212
HERRERA ESCOBAR
APELLIDOS
EDGAR FRANCISCO
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 14-MAY-1971
HONDA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.77 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO
11-DIC-1989 HONDA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

FACTURA EN LÍNEA



Escanea el código QR, inscríbete en la factura y empieza a recibir tu factura sólo al correo mes a mes



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

¡Ahórrate el incremento de tarifa del 2026!

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

dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Banco AV Villas

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies
Éxito, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

Reduce nuestro consumo de energía activando en tu hogar o negocio el ahorro natural y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principalmente del cambio climático.

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

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

¡Hola!

EDGAR HERRERA
CL 220 BIS A 119A 30 03 00004 - BRISAS ALDEA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120240003854029

Lote: P17GN **Ruta:** 0011010064583005000 **Codigo del Sector:** 329

Cuenta o referencia de pago **64137073**

vanti

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

vanti

¡TU COMPRA EMPIEZA escaneando el QR!



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

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 207 8171
Bucaramanga (607) 635 4799

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4196

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

Recuerda que puedes ejercer tu derecho de rectificación para correcciones de acuerdo a la ley 2300 de 2023.

599 C1

Diciembre 2025

Factura referencia de pago 64137073

vanti

Fechas importantes

Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
15 Ene. 2026	16 Ene. 2026	Nov. - Dic. 2025	26 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad/ Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS CON SUBSIDIO	11M3	2.924,15	0,00	32.275,65
MENOS SUBSIDIO (33%)	11UN	-10.715,52	0,00	-10.715,52
AJUSTE DECENA	11UN	0,13	0,00	0,13

1 – Total $21.560,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

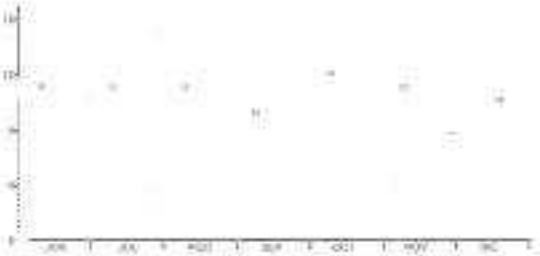
3 = Valor facturas vendidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 = $21.560,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estratificación Dos Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
22 Nov. 2025	290	REAL
26 Dic. 2025	004	REAL

Consumo = 304 - 290 Factor de corrección = 11

Tu próxima lectura será

Entre 19 y el 24 de Enero

Novedades de tu factura

Cuota $ 6218,58

Después de la fecha de pago oportuno, te cobraremos intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $71.800

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 May. 2029

Agéndala a RPO azul

Tarifas

Sep. $2715 Oct. $2748 Nov. $2742

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



(415)7709998026025(8020)64137073(3900)0000000021560

509

C1

FONTIBON

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: 64	MICROCHIP: 900255003231137	FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Stuart				COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Pinscher	EDAD: 19 meses	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 X MIXTO ___ OTRO ___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Elvia Isabel Combita Villamil		DIRECCION: Cr 111 A 22 F 24	TELEFONO: 3236179190
CEDULA: 52333229		CORREO ELECTRÓNICO: combitaelvia858@gmail.com	
BARRIO: Versalles	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
NA	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. 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: 1 seg	MUCOSAS: Rosa

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	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	016 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. 45636	FIRMA
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.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre la viabilidad de implantar microchip y se explica 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:
Elvia Isabel Combita Villamil	52.333229

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 52.333.229

COMBITA VILLAMIL
APELLIDOS

ELVIA ISABEL
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 08-ABR-1974
SABOYA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-FEB-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Para mayor información acerca de empleos y ofertas en las Superintendencias de Servicios Públicos Domiciliarios diferentes a las 19 que rebelde siguientes no conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los recursos de defensa de la Ley 142 de 1994 y puede hacer uso de la hoja señalada para el pago oportuno.



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 · Bancolombia · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Escanea para pagar tu factura

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

CANALES SOLUCIONES EN COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 TE 48 2108 3035 VANTI

¡Hola!

FRANCISCO CASTIBLANCO
KR 111A 22F 24 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5087196-327299

Lote: P13GN Ruta: 0011020174370005000 Código del Sector: 326

Cuenta o referencia de pago **61046738**

vanti

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



vanti

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

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

KTRONIX · 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 942 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4264

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.

9530 0011020174370005000 P13GN MZ01 C1

...tura de gas Diciembre 2025

...nto o referencia de pago 61046738 BOGOTÁ

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

vanti
Más formas de avanzar

182

Fechas importantes

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	12M3	2.570,50	0,00	30.846,00
FIJO	1UN	4.182,00	0,00	4.182,00
AJUSTE DECENA	1UN	5,00	0,00	5,00
RECAUDO TERCEROS Cacsepark Protecc	0	70.047,00	0,00	70.047,00
Vanti Max Gas 2	1UN	11.294,12	2.145,88	13.440,00

① — Total $118.520,00

Tus financiaciones

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

② — Total $0,00

③ — Valor facturas vencidas

$0,00

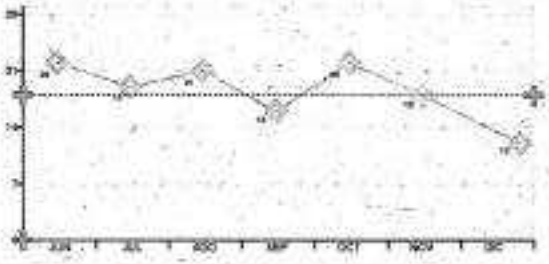
Total a pagar ① + ② + ③

$118.520,0

Paga 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	4279	REAL
16 Dic. 2025	4294	REAL

m³ corregido= 4294 - 4279 * Factor de corrección = 12

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 Ago. 2026

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2013 y 41365 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1324.72 Tm: 582.57 Dm: 936.11 Cm: 2570.5
IP: 65.09 Cvm: 0.0 Cdm: 4182.0 Cvm: 2570.5
Cnm: 0.0 Pgas: 42.512 DALIR: 0.0 DALINR: 0.0

MJ/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 143
kWh y el precio unitario del kWh es $246,676

Factor de corrección

Vm: 15 Rp: 0.76288 Rt: 1.00634 Pt: 0.77253
Vb: 12 Tm: 15.74 Tb: 15.56 Pe: 1.01208
Pa: 0.752 Pm: 0.0234 Pgv: 1.0
Factor de corrección: 0.77253

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPS: 100.0



(415)7709998026025(8020)61046738(3900)000000000118520

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 (N° Número de Historia clínica): 65

MICROCHIP: 900255003234786

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES: PROTECCIONISTA: COMUNIDAD X CALLE:

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Otto

COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA__ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 7 Meses PESO: 12.7 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 X COMPRADO__ ADOPTADO__ REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Eva Maria Tinjaca Martinez

DIRECCION: Kr 123 13d 47

TELEFONO: 3024318426

CEDULA: 1016112674

CORREO ELECTRÓNICO: evtinjacam1906@gmail.com

BARRIO: Charco

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

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: 96 l/m | F. RESPIRATORIA: 44 r/m | TEMPERATURA: 38 °C | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.9 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.8 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.52 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	Dr. Tatiana Alvarez Medico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47661	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Monsalve Ferrero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

FONDEON

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido e 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 punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de factores, 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:
-	- 1016112674 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:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.016.112.674
TINJACA MARTINEZ
APELLIDOS
EVA MARIA
NOMBRES

Eva Tinjaca
FIRMA





HUELLA DEL INDICE

FECHA DE NACIMIENTO 02-OCT-1999
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
03-OCT-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500100-80247903-F-1016112674-20171025 0058Sand.ATA 1 48696932

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.**

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PAGALA A TRAVÉS DE

Tan fácil, tan seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Banco Agrario · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · dale!

*Permite adicionalmente inscripción o 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, este debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía no implica sólo un ahorro para la economía familiar, también contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

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

Atención presencial
Ingresa a www.grupovanti.com
y conoce los puntos con operación en tu área

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT 800.058.607-8

¡Hola!

GERMAN DANIEL MEJIA
KR 123 13D 47 C36 00001 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007108-405631

Lote: P16GN Ruta: 0011840252430005000 Codigo del Sector: 437

Cuenta o referencia de pago **62337364**

vanti

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

vanti



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

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

Falabella · Homecenter · Éxito · Carulla

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 8321
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp: 315 616 4164

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

Diciembre 2025

Cuenta a nombre de quien paga: 82337364

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 14 Ene. 2026

2 — Fecha de suspensión: 15 Ene. 2026

3 — Periodo facturado: Nov. - Dic. 2025

4 — 24 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA (C)	Subtotal D=(AxB)+C
CONS. CON SUBSIDIO	10M3	2.924,13	0,00	29.241,30
MENOS SUBSIDIO (33%)	10M	9.741,28	0,00	-9.741,28
AJUSTE DECENA	10M	0,12	0,00	0,12

1 — Total $19.600,00

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: $19.600,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
22 Nov. 2025	3725	REAL
19 Dic. 2025	3738	REAL

m³ consumidos: 3738 - 3725 * Factor de corrección = 10

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

Novedades de tu factura

Dentro de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $72.000

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 31 Ene. 2029

Agendar en la APP Otra

Tarifas

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

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad





(415)7709988026025(8020)82337364(3900)0000000019600

C1

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: 66 (Número de historia clínica) | MICROCHIP: 900255003234785 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ___ PROFECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Balu				COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 1 Año	PESO: 35 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 X CONCENTRADO ___ MIXTO ___ OTRO ___				

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Mario Garcia Beltran		DIRECCION: Kr 104 Bis A 19-35	TELEFONO: 3022707216
CEDULA: 79847921		CORREO ELECTRÓNICO: josemagar@gmail.com	
BARRIO: Centro Fontibon	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NR	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 04/12/2025
		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

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	39 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.7 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	~ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN G.P.B.I	3.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1.4 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 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 prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 4766	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alcaraz 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, manifiesta que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será sometido 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) sobre los posibles riesgos 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 antipulgas, baños secos y otros elementos 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 entendió 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:
José Mario García	7984921 BTA

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/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

79.847.921

NUMERO

GARCIA BELTRAN

APELLIDOS

JOSE MARIO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1975

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

31-MAY-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500109-45135906-M-0079847921-20050823 00867 05215A 02 179457881

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.

0419833-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

CLIENTE

BLANCA L LOZANO
KR 104 BIS A NO 19 35
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - CENTRO FONTIBON

17 366 9547 / 3668413

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

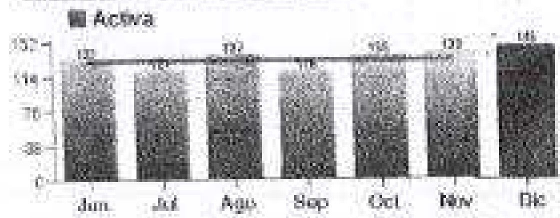
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

CONSUMO DIARIO: 4,83 KWh

VALOR DIARIO: $3.347

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

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 145 KWh

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

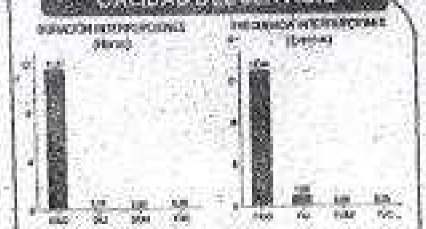
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	7,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	M500841061
MEDIDOR NO:	3668413
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

Regístrate gratis

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Diabital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 110

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

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

FECHA GENERACIÓN 06/12/2025

FECHA EXPEDICIÓN 06/12/2025

Enel Colombia S.A. E.S.P. ... [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 CLÍNICA (IDC Número de historia clínica): 67

MICROCHIP: 900255003234790

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROYECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lucas

COLOR: Dorado

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA MACHO X

RAZA: Mestizo

EDAD: 18 Meses

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 MIXTO X OTRO

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alejandra Carvajal Yara

DIRECCION: Cl 23 F 97-63

TELEFONO: 3175082333

CEDULA: 1073021918

CORREO ELECTRÓNICO: yarac_alejandra22@hotmail.com

BARRIO: San Jose de Fontibon

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Dic/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. 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	c/m	38	°c	1	seg	Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,7 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,3 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,8 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,6 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 ningún prejuicio.

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

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO 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.

[illegible] 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 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:
Alexandra Carvajal U	1023021918

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 1.023.021.918
CARVAJAL YARA

APELLIDOS
ALEJANDRA

NOMBRES

Alejandra Carvajal Y

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 21-JUN-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
30-JUN-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

2056357-1

FABIO MARTINEZ

Cuidar a su familia, evita riesgos eléctricos.

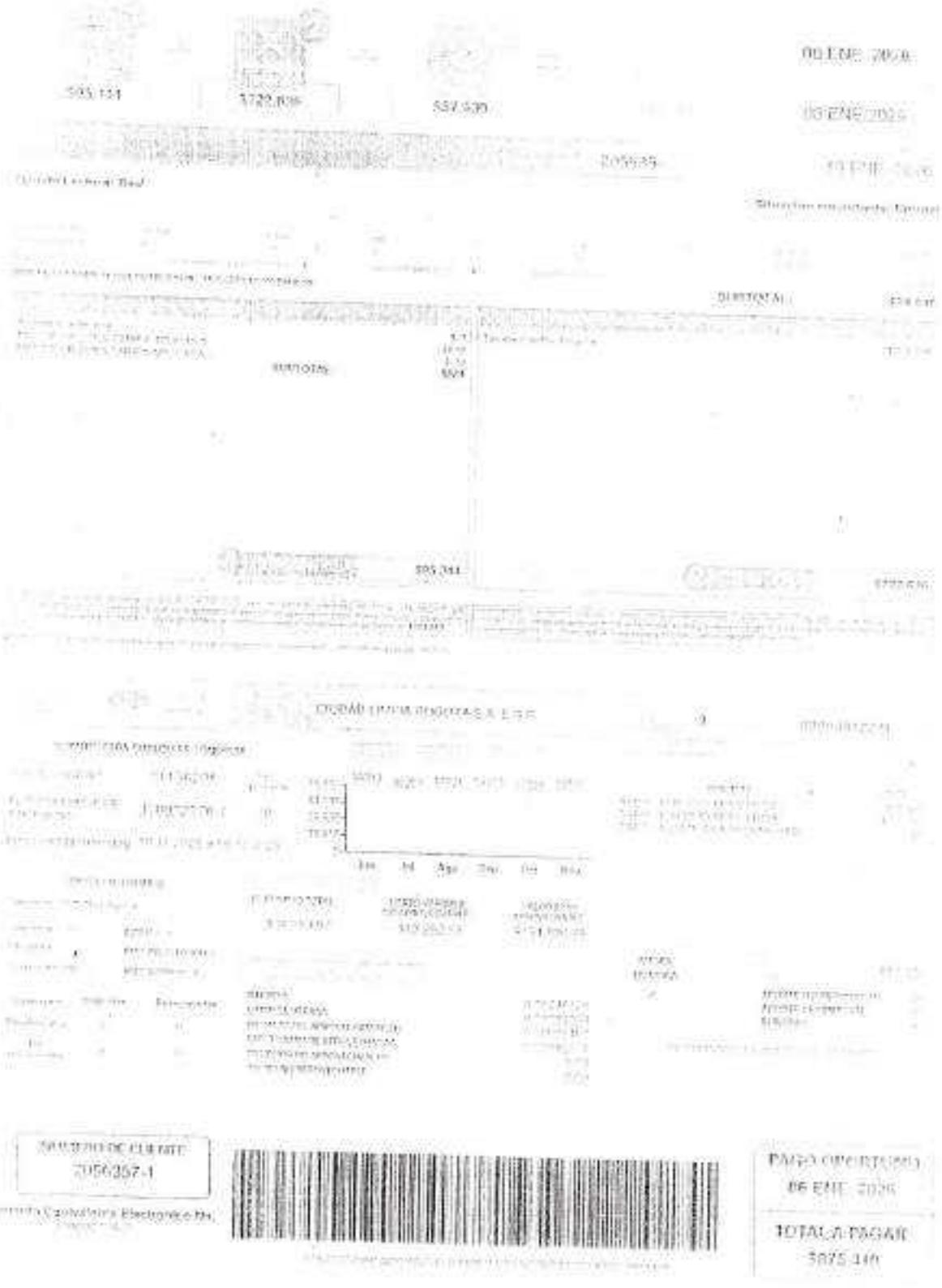
¿Ha tenido un choque eléctrico, accidentes, cortos circuitos y fallas en el hogar?

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



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

RED CARE



2056357-1

PAGO OPORTUNO
06 ENE 2026

TOTAL A PAGAR
5875.140

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: 68 (Número de Historia Clínica)

Expiry-Date: 2030/09/02
900255003234521

SI ( ) NO (0) (Número de Microchip)

FECHA: 15/ene/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dante

COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Pinscher EDAD: 8M PESO: 45 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 ___ REGALADO ___ PERRO DE GUARDA ___ OTRO Nacido en casa.

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Gabriela Ruiva Paez

DIRECCIÓN: KR 123 13D 47A 03

TELEFONO: 3114519849.

CEDULA: 52 183 621

CORREO ELECTRÓNICO: sandra15@gmail.com.

BARRIO: El charcot

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: 14/12/25 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

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

CONDICIÓN CORPORAL: /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. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.8 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	016 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 ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Miguel De Felipe Suárez Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47661	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Mesa Perez MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento 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 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, la 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 Patiño	52183621 019

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/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 52.183.621
RATIVA PAEZ

APELLIDOS
SANDRA GABRIELA

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-1974
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

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

REGISTRADOR NACIONAL

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 53 RUTA: S33714

BIMESTRAL

11767249	17832185619
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

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

Pago oportuno DIC/28/2025 Suspensión DIC/31/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/17/2026	DIC/08/2025 07:02:47	DIC/08/2025 11:47:21

¡Hola!

Factura a nombre de
CONSTRUCTORA BOLIVAR CONSTRUCT

Dirección del predio
KR 123 13D 47 CA 103

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 [illegible] Tipo [illegible]
Serie [illegible] Diámetro pulgadas ½

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

Multipagos
OFC: 1040 - BM - RADICA[illegible]
FCH: 30/12/2025 11:01:22 AM
CAJ: ANAMYORDA - ANGIE LICETH MAYORGA CICHOA

TRANSACCION	REFERENCIA	IMPORTE
PAGAR	2764285015[illegible]	49.061.00
CANTIDAD: 1	TOTAL	49.061.00
MEDIOS DE PAGO		VALOR
Efectivo Recibido		49.061.00

MAR-M
$52.671

En

Datos

Lectura
Lectura
Tu cons

c272f668f8bbb4c0a9449f0b392a24727

Datos

Marca
Serie

Multipagos
08015B020799 Diámetro pulgadas

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
9.000	148

a 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		Escanea y paga virtual
$32.052,51	+	$27.306,01	+	$20.279-		
A		B		C D E F		

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

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

= **Total a pagar** $39.081

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 86d78d6c8245e46bc2075591[illegible]

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	x	Valor unitario	x	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$9.765,82		-40		$7.812-	$5.812,27		$11.764,24
Consumo residencial básico (m³)	9,00		$3.759,03		-40		$13.533-	$2.255,41		$20.296,27
Consumo residencial superior básico (m³)	-									
Cargo fijo no residencial (mes)	-									
Consumo no residencial (m³)	-									
Subtotal							$21.345-			$32.052,51

B Alcantarillado

	Cant.	x	Valor unitario	x	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$4.656,05		-40		$3.725-	$2.793,63		$5.587,10
Consumo residencial básico (m³)	9,00		$4.021,69		-40		$14.479-	$2.413,10		$21.718,91
Consumo residencial superior básico (m³)										
Cargo fijo no residencial (mes)										
Consumo no residencial (m³)										
Subtotal							$18.204-			$27.306,01

* Corresponde a consumos de hasta 17m³ mensuales (32m³ 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. Ver más en tasas

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$1.803	$84,34
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$807	$579

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

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ord. rein. vial total	$20.293-
Intereses de mora	$20
Subtotal	20.339-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

puntored Tpaga Rappipay Nequi Ciapi Movii dale! Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados: Punto pago Efecty puntored Mensajero

Red CADE: Consulta direcciones y horarios de atención en www.bogota.gov.co/tramites/cades

La EAAB-ESP trabaja con los siguientes bancos: Popular, Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Bbva Occidente, Av Villas, Bogotá, Sudameris y Citi.

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-70001000-10 EAB-ESP

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$39.081

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PUBLICO No.
Solicita cajero: Si no el diligenciamiento de este espacio solo aplica para recibir solo Acueducto. (Este pago no le podrá efectuarse en Efectivo y Red CADE, si podrá efectuarse en un cheque de igual bancario).

21509

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA No. 69 | 900255003234797 | SI ○ NO | FECHA: 15/01/26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Gordo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: Bulldog Inglés EDAD: 2a

COLOR: Blanco y negro

PESO: 22,9 KG

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

RAZA DE MESTIZO ESPECIFIQUE SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alejandrina Bastidas Gil

CÉDULA: 51917040

DIRECCIÓN: Dg 15BNO 104 45B 91C 34

TELÉFONO: 3506549901

CORREO ELECTRÓNICO: Habastidas431@gmail.com

BARRIO: Sabana grande. ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBÓN

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria.

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

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. 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

CONDICIÓN CORPORAL: /5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m | F. RESPIRATORIA: 44 r/m | TEMPERATURA: 38,1°c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	DIAZEPAM	3,5 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,1 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,8 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	22 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,88 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	Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 57601	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 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 la importancia de la confirmación de 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 acuerno 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:
°Alejandra Bastidas	°1917040 Bta

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 51.917.040
BASTIDAS GIL
APELLIDOS
ALEJANDRINA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 11-OCT-1968
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-ENE-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

enel Bogotá

FIDUCIARIA ALIANZA SA
CR 15 B NO 104 - 45 INT 1 CA 34
INT 1 CA 34 COMPOSTELA CASAS MZ
BOGOTA, D.C. - SABANA GRANDE

Para pagos y consultas su número de cuenta es:
2547251-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 378578916-7





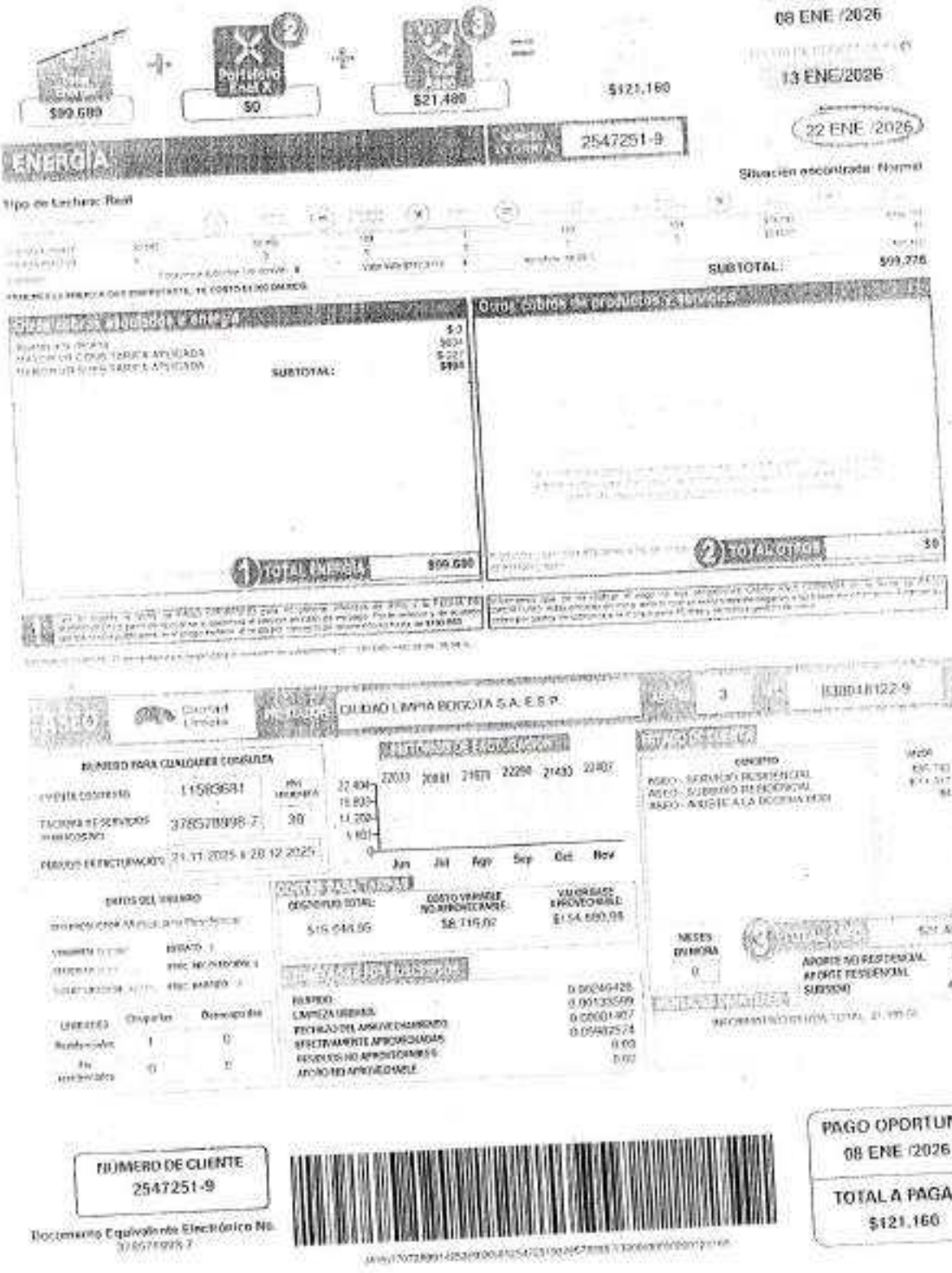
INFORMACIÓN DE LA CUENTA



CONTACTANOS

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

¿COMO PAGAR TU FACTURA?


08 ENE /2026
13 ENE/2026
22 ENE /2026
$99.680
$0
$21.480
$121.160
2547251-9
Situacion encontrada: Normal
Tipo de Lectura: Real
SUBTOTAL:
$99.776
SUBTOTAL:
$99.680
$0
3
830818122-9
CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P
$15.648,66
$8.716,02
$154.690,08
0.00046428
0.00133599
0.00001407
0.05482574
0.00
0.00
PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026
TOTAL A PAGAR
$121.160
NUMERO DE CLIENTE
2547251-9
Documento Equivalente Electrónico No.

FORMATO ANEXO HISTORIA/AUTORIZACIÓN PARA RAZAS BRAQUICÉFALAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

La mortalidad anestésica en perros y gatos braquiocefálicos es mayor fundamentalmente a las particularidades respiratorias y digestivas que presentan este tipo de pacientes
Las razas braquiocefálicas se caracterizan por presentar un cráneo corto en la dirección rostro- caudal, que resulta en una corta nariz. Esta particular conformación genera un relativo exceso de tejidos blandos en el tracto respiratorio alto, responsable de la sintomatología clínica del síndrome respiratorio del braquicéfalo (SORB). La mortalidad anestésica en perros de raza Bulldog Inglés (BDI), Francés (BDF) y Pug , gatos persa/persa extremos, es mayor que en razas no braquicefálicas durante el proceso de inducción y recuperación anestésica es donde se presenta más riesgo de tener complicaciones Adicionalmente a las particularidades respiratorias (estenosis nasal, paladar blando elongado, eversión de sáculos laríngeos, entre otros), problemas neurológicos (convulsiones, tumores a nivel de cerebro , hernias discales/compresión medular, hemivertebras) estos animales usualmente presentan:

- Regurgitación, vómitos, reflujo gastroesofágico (RGE), alteración en el vaciado gástrico y gastritis/ neumonía por aspiración
- Particularidades oculares vinculadas a la exposición del globo ocular que entre otros trastornos ocasiona un parpadeo incompleto generando una humectación ocular deficiente
- Alteraciones hematológicas (aumento del hematocrito y hemoglobina) por estímulo medular ante los grados variables de hipoxemia
- Alto índice de tono vaso-vagal (mayor componente parasimpático en la variabilidad de la frecuencia cardíaca), arritmia sinusal, paro sinusal, y marcapaso migratorio.
- Poca tolerancia al estrés calórico/ termorregulación ineficiente /golpe de calor
- Hipertensión
- Convulsiones

Por tanto, lo ideal es que estos pacientes tengan un manejo más estricto:

- Reducción de estrés en todo momento (el estrés incrementa la dificultad respiratoria, ansiedad, colapso, muerte)
- Baja exposición al calor (ya que su termorregulación es ineficiente)
- Exámenes pre anestésicos (para saber si presenta anemia, infección, baja de plaquetas, si el hígado puede metabolizar la anestesia y el riñón está en buenas condiciones para eliminarla, entre otros)
- Rx de cuello y tórax (para valorar si presenta colapso traqueal/estenosis traqueal y diámetro de tráquea para elección de tubo endotraqueal necesario para anestesia)
- Valoración cardiaca con electrocardiograma, ecocardiograma, presiones (para detectar arritmias, bloqueos, en general alteraciones cardiacas típicas de estos pacientes)
- Examen físico completo, minucioso y detallado
- Manejo de Anestesia inhalada (para una rápida recuperación/rápido despertar)
- Durante todo el periodos anestésico: Monitoreo de Saturación de oxigeno, medición de dióxido de carbono(capnógrafo) , presiones, frecuencia cardiaca, respiratoria, electrocardiograma.

Conociendo los anteriores riesgos, principalmente dados por su conformación anatómica, y que en jornada masiva /gratuita de esterilización no se van a tener como lo son:
Los pacientes ingresan sin exámenes pre anestésicos, lo cual genera que pueda tener alteraciones y no sean detectadas y el paciente fallezca o presente complicaciones post quirúrgicas
Los pacientes ingresan sin valoración cardiaca completa lo cual genera que pueda tener alteración cardiaca y por esto fallecer
Los pacientes ingresan sin rx cuello y tórax, lo cual genera que no sepamos si presenta alteración en su tamaño traqueal y no sepamos con exactitud que tamaño de tubo usar y pueda existir lesión traqueal
La anestesia no es inhalada, lo cual implica más tiempo de recuperación/despertar por ende mayor posibilidad de fallecimiento o complicaciones

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN
BOGOTÁ

Yo Alejandrina Bastidas, identificado con cédula de ciudadanía número 51917040, de Bogota autorizo el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino (X) felino ( ) de Nombre Gerdo Raza bulldog ingles Edad 2 años.

Estoy plenamente consciente de los altos riesgos de complicaciones graves y de mortalidad asociados con la anestesia y la cirugía en perros braquicéfalos, dada su conformación anatómica especial. A pesar de estos riesgos, acepto la responsabilidad y libero de cualquier responsabilidad al equipo médico de la móvil quirúrgica, al personal encargado, y a la Alcaldía Local de Fontibón.

He sido informado de manera completa sobre los riesgos y el procedimiento quirúrgico, tanto a través de información por texto, imágenes, y explicaciones verbales proporcionadas por el equipo médico.

NOMBRE TUTOR RESPONSABLE: Alejandrina Bastidas

CEDULA: 51917040 Bta

FIRMA: AlejandraB

FECHA: 15 01 2026 JORNADA mañana

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
900255003234793

HISTORIA CLÍNICA: 70 (Número de Historia Clínica) | NO (Microchip) | FECHA: 15/01/26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Caramelo | COLOR: Amarillo y blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mes/120 | EDAD: 7M | PESO: 8.9 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENCIA 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: Yury Andrea Romero Aguilera | DIRECCION: KR 97B 20-55 | TELEFONO: 3202404585

CEDULA: 1016028327 | CORREO ELECTRÓNICO: Freddyrozo39@gmail.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: No aplica | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 5/12/25

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa | HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa | PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa | PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa | RABIA: 25/SEP/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: 98 l/m | F. RESPIRATORIA: 42 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TEC: 1 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,7 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	Dr. Felipe Suarez Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47561	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Mesa Ferro MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41641	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 anestésicas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Asimismo, manifiesto que he sido informado de forma [illegible] inflamación [illegible] de implantación y [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 ungüentos, 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:
Jury Romero.	1016029327.

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistactomia / 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:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.028.327
ROMERO AGUILERA

APELLIDOS
YURY ANDREA

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 31-JUL-1990
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-AGO-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500100-00029761 F-1016028327-20080825 0000719020A 1 2060147

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

FACTURA EN LÍNEA



Escanea el código QR, ingresa a nuestra página web y regístrate a nuestro servicio de factura en línea

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



Inscríbete aquí

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PAGALA A TRAVÉS DE

Tan fácil y rápido como un mensaje

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Pse

Botón PSE

Bancolombia

Botón Bancolombia

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

Opciones para pagar tu factura

Redeban · Banco Agrario · BBVA · Bancolombia · Nequi · dale

*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

*Operaciones con cheque, sujetas a verificación de garantía y aprobación 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 sola para emergencias
Atención todos los días las 24 horas

Fijo - Móvil: 164 o 01 8000 910 052
01 8000 181 164

Atención presencial
Ingresa a **www.grupovanti.com**
y conoce los puntos de atención de tu ciudad

CARNAVAL BARRANQUILLA DE COMBUSTIBLES Y GAS NIT 890.245.478-8

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

MARIO ROMERO
KR 97B 20 85 - VILLEMAR
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097197-092528

Lote: P110GN Ruta: 001 Consecutivo: 0000000 Código del Sector: 001

Cuenta o referencia de pago **60637930**

vanti Listo

Compra televisores, calentadores a gas, muebles 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
haciendo uso de tu cupo Vanti Listo en tiendas aliadas.

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

Mabe · Samsung · KTRONIX · Haceb · Éxito

Comunícate con nosotras y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7a.m. a 8 p.m.
Sábado 7 a.m. a 3 p.m.

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea gratuita 01 8000 942 294
Skype: grupo.vanti
Facebook.com/vanti

Línea de WhatsApp 315 426 4154
Mi Vanti en línea

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Cuenta o referencia de pago

Diciembre 2025

$0637930

vanti

Más cerca de ti siempre

Fechas importantes

1 Pago oportuno: 07 Ene. 2026

2 Fecha de suspensión: 08 Ene. 2026

3 Periodo facturado: Nov. - Dic. 2025

4 Emisión de su factura: 19 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B+C
CARGO MD GAS	M3/D	[illegible]	[illegible]	[illegible]
FIJO	KWH	[illegible]	[illegible]	[illegible]
AJUSTE DECENA	DIA	[illegible]	[illegible]	[illegible]
RECAUDO TERCEROS Consepark Pmk	0	34.524,00	0,00	[illegible]
RECAUDO TERCEROS Parqueo Nuevo Cmrc	0	57.924,00	0,00	[illegible]
Vista a la Antigua	0	10.000,00	0,00	[illegible]
	0	11.266,11	2.140,56	[illegible]
	KWH			

1 - Total $177.340,00

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: $177.340,0

Paga por

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso/Residencial	Estrato/Est. Tmo	Días de consumo: 29
Fecha	Lectura	Tipo
18 Nov. 2025	777	REAL
16 Dic. 2025	816	REAL

Interpretación: 816 - 777 * Factor de corrección = 39

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

Novedades de tu factura

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 30 Abr. 2030

Agenda tu RPO aquí

Tarifas

Dic $2718 Oct $2744 Nov $2737

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad





Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y de suspensión e servicio. Valor de la reconexión $21.000

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: 71 (Número de Historia Clínica) — 900255003231045 — NO: X (Número de Microchip) — FECHA: 15/01/26

ORIGEN: CES — PROTECCIONISTA — COMUNIDAD X — CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tommy — COLOR: Amarillo y negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X — RAZA: Mestizo — EDAD: 3A — PESO: 17.2 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 ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ FERIA DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yenni Paola Ardila Arcos — DIRECCION: KR 96 61B-44 — TELEFONO: 3165829107

CEDULA: 1032414724 — CORREO ELECTRONICO: ardilay124@gmail.com

BARRIO: Villemar — ESTRATO: 3 — LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: No aplica — ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: enero/25

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa ___ TRIPLE: dd/mm/aaaa ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa ___ HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa ___ PENTAVALENTE: 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: 44 r/m — TEMPERATURA: 38.7c — TLLC: 1 seg — MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,9 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,3 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,8 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,7 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,8 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 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 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 Arenas Torres MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. [illegible]	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.

Así mismo he sido informado sobre los riesgos y complicaciones que pueden presentarse durante la implantación del microchip 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, jabonosos, talcos, aplicación de ungüentos, 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 ello 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:
	1032414724 Bté.

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
1.032.414.724
ARDILA PENAGOS
YENNI PAOLA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 27-JUN-1988
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
1.59
O+
F
06-JUL-2006 BOGOTA D.C.

enel Bogotá

1696182-2

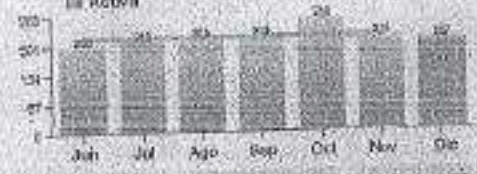
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 31600192-5

JOSE GERMAN ABELLO PINZON
KR 86 G NO 16 44 AP 201
APTO 201 FONTIBON
BOGOTA, D.C. - VILLEMAR

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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





VALOR MES APLICADO $000.00

CONSUMO DIARIO 6.00 kWh

VALOR DIARIO $0.00

PERIODO FACTURADO: 01 NOV 2025 A 30 DIC 2025

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 207 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	4.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10001780540
RUTA LECTURA:	131102403
MANZANA DE LECTURA:	M0001F0007
MEDIDOR No:	25183
SUBCLASE:	Basica

Bogotá, Soacha y Girardot 601 5 126 915

135

Línea de servicio al cliente 116

Es este factura no se cancela adicional que corresponde a un valor en cuotas de bienes anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los 6 meses 6 meses, por las cuales no se efectúa los cobros facturas, conforme a la Ley 142 1994 art 150

FECHA GENERACIÓN: 30/12/2025 09:03:07
FECHA EXPEDICIÓN: 30/12/2025 11:00:15

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 N°: 72 (Número de Historia Clínica)

Expiry Date 2030/09/02
900255003219457

ID: 8 NO (Número de Atención)

FECHA: 15-01-26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bruno

COLOR: Blanco y negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 8m PESO: 17.3 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 ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Eduardo Cotzo Carreño

DIRECCION: CL 16F NO 99-72 T7A A03

TELEFONO: 3193303678

CEDULA: 6688153

CORREO ELECTRONICO: Josecotzo93A@gmail.com.

BARRIO: Ferrocaja ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller. NS/NR: ___

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena Salud

FU.T. CELO: dd/mm/aaaa: No aplica

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: 42 r/m TEMPERATURA: 38 °C TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.9 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 mL	5-7mg/kg IV
	Morfina	0.6 mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.7 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.60 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 M.V.Z. CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 17661	FIRMA
NOMBRE DEL M.V.Z. ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MEDICA VETERINARIA U.D.C.A.	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 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 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	5688153

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

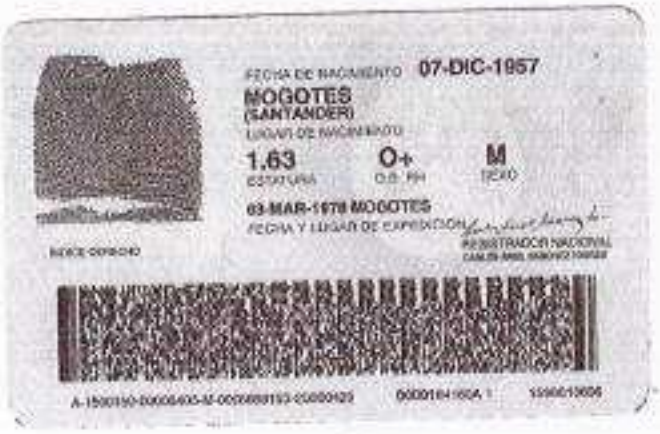
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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 5.698.153
CORZO CARREÑO
APELLIDOS
JOSE EDUARDO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 07-DIC-1957
MOGOTES
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
03-MAR-1978 MOGOTES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Bogotá

7966445-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3[illegible]

MELANNY ALEJANDRA CONTRERAS
CL 15 F NO 99 72 TO 7 AP 1303
110011000
BOGOTA, D.C. - FERROCAJA

38 300 0426 / 53011680

Ahora

VALOR MES APLICADO $[illegible]

CONSUMO (kWH): [illegible]

VALOR CONSUMO: $[illegible]

PERIODO FACTURADO: 22 NOV 2025 A 22 DIC 2025

DÍAS FACTURACIÓN: 31

CONSUMO MES: [illegible] kWh



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	5.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MARCACIÓN DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR NO:	[illegible]
SUBCLASE:	Básica

CONTACTENOS

Bogotá, Cobertura Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratis desde su celular

PUNTOS DE ATENCIÓN PRESENCIAL

RED CADE

CONCEPTOS FACTURADOS / Componentes de Costo: [illegible]

FECHA GENERACIÓN: [illegible]
FECHA EXPEDICIÓN: [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 CLÍNICA HC Número de Historia Clínica: 73

Expiry-Date: 2030/09/02
900255003234546

NO: X

FECHA: 15-Ene-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD: X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Coco | COLOR: Dorado

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 3A | PESO: 6.4 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 ___ CAMBIO X CONCENTRADO ___ MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Aylen De Jesus De Labarrera Bogallo

DIRECCION: CL 24 F NO 99-20 P 3

TELEFONO: 3002159612

CEDULA: 30669458

CORREO ELECTRONICO: AYLINDELABARRERA@gmail.com

BARRIO: San Sosa de 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: NO aplica

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Agosto/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: 30/12/24

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	0,7 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,5 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,3 mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,6 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2Y mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o cuidador, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especialmente 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 47061	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Olaya Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

FONTIBÓN

R. 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 anestésicas, complicaciones quirúrgicas e incluso la muerte.

Se me explicó además que el procedimiento y [illegible] pueden presentar. 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 lesiones, jabones, talcos, aplicación de antiguijas, 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:
Aylin Ochoa	3.669.458

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 30669458
DE LA BARRERA BOGALLO
APELLIDOS
AYLEN DE JESUS
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 03-DIC-1983
LORICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
22-ABR-2002 LORICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

Calle 93 No. 15 - 48 Piso 3

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 3790515145

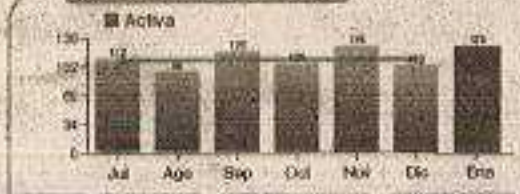
CLIENTE

FULGENCIO CALDERON ROMERO
CL 24 F NO 89 29 P13
PISO 3
BOGOTA, D.C. - SAN JOSE DE FONTIBON

06 503 6073 / 251835

¿Quieres ir factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR KWH APLICADO $735,08

CONSUMO DIARIO 3,65 KWH

VALOR CUPO: $2.607

PERIODO FACTURADO: 05 DICIEMBRE AL 05 ENE 2026

DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 126 KWH

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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

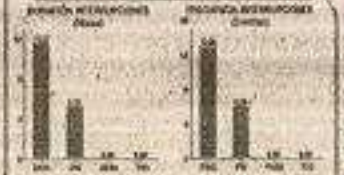


¡Ayúdanos a mantenerte al día! Recuerda que para nosotros es importante tu lectura real. Por favor, asegúrate de reportarla dentro de los primeros 5 días de cada mes.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	5,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR NO:	[illegible]
EMPCLASE:	Bifásico

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 126 126

115 Disponible las 24 horas

Línea de servicio al cliente 115

USO SEGURO DE ENERGÍA

Reporta tus daños rapidamente, llamando a las 24 horas sin costo a una fuerza tarea. Te atenderán con extrema cortesía y libre de riesgos.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Baloto

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-05
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 30
MIXTA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-30 Local 120-124

Línea de servicio al cliente 110

En esta factura no se encuentra adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 6 meses, por solicitud del [illegible] y no afecta los mediciones futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art. 150)

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes de costo: Vigencia: 092025

Ce $281,04 $/KWH Cr $25,00 $/KWH PR $30,15 $/KWH CU: $0,00 /KWH Costo Unit Mes

FECHA GENERACION 09/01/2026 01:39:25
FECHA EXPEDICIÓN 09/01/2026 15:02:34

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): 74 — Expiry-Date:2030/09/02 — 900255003231050 — NO (Número de Mascota): X — FECHA: 15-01-26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bruno — COLOR: Negro.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X — RAZA: Mestizo — EDAD: 4m — PESO: 23.7 — 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 ___ ACEPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Brillid Dayeni Rodriguez Aguclelo — DIRECCION: Cl 20D 96c 44P3 — TELEFONO: 3118342757

CEDULA: 1.122.117.858 — CORREO ELECTRONICO: Brillidrodriguez152019@gmail.com

BARRIO: Villemar — ESTRATO: 3 — LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NO aplica. — ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Jul/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: 01/25

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

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	26 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	1 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.3 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.92 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 Mendez Torres MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

FONTIBON

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

Así mismo, entiendo que durante la implantación del microchip pueden presentarse algunos riesgos como: 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:
[signature]	1122117858

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
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.122.117.858
RODRIGUEZ AGUDELO

APELLIDOS
BRILLID DAYENI

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-SEP-1986
GRANADA
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

29-OCT-2004 ACACIAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

157

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860063875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

1326007-3

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 379-0 9258-9

MARY ZULUAGA CARDONA
CL 20 D NO 96 C 44 P I 3
PISO 3
BOGOTA, D.C. - VILLEMAR

17 311 5208 / 6012313

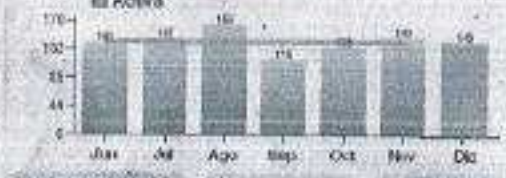
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

El mal uso 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



CONSUMO MENSUAL DE ENERGÍA



VALOR KWH APLICADO $600,00

CONSUMO DIARIO: 4,77 kWh

VALOR DIARIO: $3.024

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

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 143 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	0,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1800 [illegible] 115208
RUTA LECTURA:	1811 [illegible] 0990
MANZANA DE LECTURA:	MS3084-3012
MEDIDOR NO:	6012313
SUBCLASE:	Básica



Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 8 115 115

115 Bomberos

123 Defensa Civil

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

defensor@enel.com.co

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

Botones Virtuales

Corresponsales Bancarios

Red Electrónica

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ALIADOS

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. — Cl 4 No. 9A-99

CIUDAD LIMPIA SOCOCHE S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 6 B - 55

ASEA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 100 #54 B-40 Local KIS-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del cargo — Aportes — Valor

En esta factura verás un concepto adicional que corresponde a un saldo no incluido en facturas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 3 meses, por una sola vez y no afecta tus consumos futuros, conforme a la Ley 142 / 1994 art 146

FECHA GENERACIÓN 20/12/2025 02:41:31
FECHA EXPEDICIÓN 20/12/2025 11:54:14

$89.350 + $0 + $28.720 = $128.070

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
13 ENE/2026

ENERGÍA

1326007-3

21 ENE /2026

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

SUBTOTAL: $89.810

Ajustes a la decena
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA
SUBTOTAL: $89.930

$89.930

$0

ASEO

Ciudad Limpia

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

FACTURA: 3 NIT: 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO: 70258313 — UNA VIVIENDA

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.: 378435035-0 — 30

PERIODO DE FACTURACIÓN: 19.11.2025 a 18.12.2025

29437	28102	28810	29058	28647	29830

29.535 22.371 14.916 7.460 0

Jun Jul Ago Sep Oct Nov

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$33.781
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-5.061
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEM	$1
ASEO - INTERES POR MORA	$9

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTO: Residencial

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTO FIJO TOTAL: $18.092,46	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE: $6.648,30
	VALOR BASE APROVECHABLE: $154.680,09

BARRIDO:	0.00248438
LIMPIEZA VIARIA:	0.00133220
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001487
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.05982574
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
APORO NO APROVECHABLE:	0.00

MESES EN MORA: 0

$28.720

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

INFORMATIVO SALDO TOTAL: 28.720,00

64035

NÚMERO DE CLIENTE
1326007-3

Documento Equivalente Electrónico No.
378435035-0

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$128.070

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 N°: 75 | Expiry-Date:2030/09/02 900255003231052 | SI X NO | Número de Microchip | FECHA: 15-enero-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kay | COLOR: Negro fuego

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA MACHO X | RAZA: Pinsher | EDAD: 4a | PESO: 2.6 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 X COMPRADO ADOPTADO REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Liliana Yaneth Sepulveda Bolivar | DIRECCIÓN: Kr 104 BD 35 CA 141 | TELEFONO: 3143324994

CEDULA: 32117812 | CORREO ELECTRÓNICO: yanitasep@gmail.com

BARRIO: Sabana | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NO aplica. | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: No reporta.

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: Ninguna.

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguna

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: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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	0,2 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 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. 42661 | FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Munoz 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 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 anestésicas e incluso la muerte.

[illegible] pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que no 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, heridas sucias y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

Del 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:
	1.32 11F 819

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 **32.117.812**

SEPULVEDA BOLIVAR

APELLIDOS

LILIANA YANETH

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-JUL-1974**

VALDIVIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-DIC-1992 TARAZA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500150-00855951-F-0032117812-20161017 0051859632A 1 1114140134

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: Q3 RUTA: Q33362 BIMESTRAL

11315677
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17201015413
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

¡Hola!

Factura a nombre de:
CONSTRUCTORA BOLIVAR SA

Dirección del predio:
KR 104 13D 35 CA 241

Barrio: SABANA Localidad: FONTIBON

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor
Marca: [illegible] Tipo: [illegible]
Serie: [illegible] Diametro pulgadas: [illegible]

Periodo facturado: SEP/16/2025 – NOV/13/2025

Pago oportuno: DIC/19/2025 Suspensión: DIC/24/2025

Fecha próxima lectura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de vencimiento factura
FEB/11/2026	DIC/03/2025 05:51:04	DIC/03/2025 11:34:49

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 ↓

Tu consumo en este periodo

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 22 m³



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior

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

En este periodo

18.000

Promedio al día

305

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura actual	1097	Fecha próx. corte	Consumo Normal
Lectura anterior	1079	Base promedio	
Tu consumo este periodo	18	Descuento bucle alterno	0
		Consumo facturables	

Datos de tu medidor

Marca	MEDICLATA	Tipo	VELOCIDAD
Serie	2020MC00089	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 periodo

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros
$52.339,80	+	$49.022,86	+	$27.060-
A		B		C D E F

Escanea y paga virtual

Conoce puntos de pago virtuales a costo cero al final de la página

Total ingresos del período = **Total a pagar** $74.303

Detalle de tu consumo este bimestre

	Cant.	Valor unitario	Ajuste (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)	Cant.	Valor unitario	Ajuste (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
A: Acueducto												
B: Alcantarillado												
Cargo fijo												
Cargo por consumo												
Subtotal				$34.894		$52.339,80				$32.683-		$49.022,86

* Consumo de acueducto 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 para del valor unitario del cargo fijo del consumo. Si aplica un subsidio, se descuentan. Si aplica un aporte, se agrega un %.

Tasas ambientales

Para valores pagados incluidos en el consumo residencial básico o superior a básico, hasta 18 m³ mes

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$18,47	$94,34
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$332	$1.358

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

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Cobro mínimo vital	$0-
Otros conceptos	$27.060
Subtotal	27.060

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interes	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Paga por tu página web, app y billeteras

Nequi Daviplata Bancolombia App Movil Efecty dale! puntored

Acueducto y Alcantarillado
Total a pagar
$74.303

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DE SERVICIO PÚBLICO No.

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: 76 (Número de historia clínica) | Expiry-Date: 2030/09/02 | 900255003234528 (Número de Microchip) | SI X NO | FECHA: 15-ene-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Manolo | COLOR: Negro fuego

ESPECIE: CANINO X FELINO | SEXO: HEMBRA | MACHO X | RAZA: Yorkshire | EDAD: 3A | PESO: 6.1 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 | MIXTO X | OTRO

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Monica Andrea Ordoñez Murcia | DIRECCION: CL 22J 114A 46 106 | TELEFONO: 3177347776

CEDULA: 1015995851 | CORREO ELECTRÓNICO: monica@joaquinmurcia.com

BARRIO: Versalles | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NO aplica. | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Agosto 2025

ULT. VACUNACION: NS/NR:

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: 27/08/25 | 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 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,7 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,5 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,3 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,6 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,24 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (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 Vargas Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036 | FIRMA

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

FONTIRON

3. 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 anabólicas, 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 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:
	* 1015985851

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

NUIP 1.015.995.851

ORDONEZ MURCIA

MONICA ANDREA

COL 1.60 F

29 JUN 1986 O+

BOGOTA D.C (CUN) CAMARCA)

29 JUL 2004, BOGOTA D.C

03 AGO 2032

REGISTRADOR NACIONAL



ICCOL0028460350150O1<<<<<<<<<<
8606291F3208036COL1015995851<5
ORDONEZ<MURCIA<<MONICA<ANDREA<

136/137/138

¡Hola!

MERCEDES MURCIA
CL 22J 114A 46 I06 L04 09 00118 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5167199-82682

Lote: P13GN **Ruta:** 001102019738O013400 **Código del Sector:** 326

Cuenta o referencia de pago 60899773





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 3121
Bucaramanga (607) 605 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.

Powered by CamScanner

...ctura de gas | Octubre 2025

Cuenta o referencia de pago: 60899773 | BOGOTA

Fechas importantes

1 **Pago oportuno** 07 Nov. 2025

2 **Fecha de suspensión** 08 Nov. 2025

3 **Periodo facturado** Sep. - Oct. 2025

4 **Emisión de tu factura** 22 Oct. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	SMU	2.747,85	0,00	13.739,25
FIJO	1UN	4.171,00	0,00	4.171,00
AJUSTE DECENA	1UN	-4,01	0,00	-4,01
RECAUDO TERCEROS Cosepark Proteco	0	20.603,00	0,00	20.603,00
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	10,76	0,00	10,76

1 – Total $38.520,00

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 $38.520,0

Pagu por

Escanea el código

Powered by CamScanner

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 (Número de Historia Clínica): 77

Expiry-Date:2030/09/02
900255003231042

NO (Número de Microchip): X

FECHA: 15-ene-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mochi

COLOR: Negro Fuego.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: Pinsher

EDAD: 18m

PESO: 4.8 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 ___ FERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Rosa Pineda Vega.

DIRECCION: N 105B NO 16F 43

TELEFONO: 3118063246

CEDULA: 52 133 392

CORREO ELECTRONICO: 3118063246@sincorreo.com.

BARRIO: El Carmen

ESTRATO: 0

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD/NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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. 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 | TLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,5 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 U/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 Patricia Diaz Medica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa Parra MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 2021

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: daños ortopédicos o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo he sido informado que el cobro de [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 lesiones, jabones, talcos, aplicación de antiguijas, baños secos y otras sustancias que lesiones y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizarle 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:
1 ROBINSON VEGA	1 52133392

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 52.133.392
PINEDA VEGA

APELLIDOS
ROSA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-1974
EL PEÑON
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-AGO-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

161

enel Bogotá

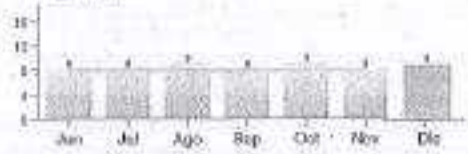
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 830 053 676-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

2320470-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 370577283-1

VICTOR MANUEL GONZALEZ
KR 105 B NO 16 F 43
EL TAPETE FONTIBON
BOGOTA, D.C. - EL CARMEN FONTIBON

18 322 9694 / 10040604



VALOR kWh APLICADO $800,08

CONSUMO DIARIO: 0,29 kWh

VALOR DIARIO: $472

PERIODO FACTURADO: 22 NOVIEMBRE A 22 DICIEMBRE

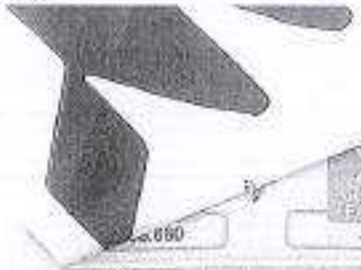
DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 9 kWh



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Industrial



$0 + $28.850 = $37.330

PAGO OPORTUNO
06 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
13 ENE/2026

ENERGÍA | 2320470-4 | 22 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CONTRIBUCIÓN	APORTES EN EL 20 % DEL VALOR FACTURADO							
ESTE MES LA ENERGÍA DEL DISPAUTERO, SE COMIÓ 1000 KWH							SUBTOTAL:	$9.661

Ajustes a la Factura
MAYOR VR COBRADO TARIFA APLICADA $ 3
MAYOR VR CONTRIB TARIFA APLICA $ 28
SUBTOTAL: $ 31

$9.680

$0

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

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: 78

900255003231053 X NO Número de Microchip

FECHA: 15/01/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Copito

COLOR: Tricolor, Gris, negro, Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO___ SEXO: HEMBRA___ MACHO X RAZA: Pastor Belga EDAD: 5M PESO: 7.1 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___ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Karen Lorena Junca Rodriguez

DIRECCION: Cl 14 NO 119A 50 MEGA 10

TELEFONO: 3116854849

CEDULA: 1016094808

CORREO ELECTRONICO: Juncalorena2@gmail.com

BARRIO: El charco 1 ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: NOV/25 TRIPLE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: 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 PREQUIRÚRSICAS

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

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.8 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.2 ml	5-7mg/kg IV
	Morfina	0.2 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.8 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.3 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 preoperatorios.

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

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa Ferro
MÉDICA VETERINARIA
U.D.C.A. T.P. 4144

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.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclare 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 bajo, 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:
Karen Junca	1016094808

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 1.016.094.808
JUNCA RODRIGUEZ
APELLIDOS
KAREN LORENA
NOMBRES

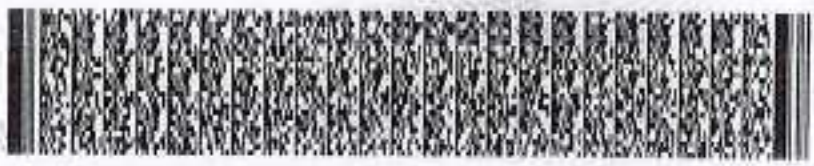


FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-MAY-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
12-JUN-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00723500-F-1016094808-20150716 0045064883A 1 44060141

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 43 No. 13 - 65 Piso 1

2719241-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 31924433-3

CLIENTE

CANAPRO .
CL 14 NO 119 A 50 MZ E CA 10
SENDEROS DE LA ESTANCIA
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO I

16 303 2208 / 2835138

¿Prefieres 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 $606.08

CONSUMO DIARIO: 2,43 kWh

VALOR DIARIO: $1.178

PERIODO FACTURADO: 30 NOV 2025 A 18 DIC 2025

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 73 kWh

¿Sabías que nuestras acciones en la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentran dentro de tu factura?

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO	Residencial
ESTRATO	3
CARGA KW	5,00
FACTOR	1
SUB A MEDIANTO	1660316302756
HOJA LECTURA	1316306041
MANZANA DE LECTURA	MD0105050
MEDIDOR NO	2835138
MARCA ASA	Elster

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Girardot: 601 5 115 115

115

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Mantén tus aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca uses electrodomésticos o cargadores cerca de duchas o fuentes de agua.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Botón Virtual

Red Servitotal

Corresponsales Bancarios

RED CADE

Alternativas de Cobro

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente: 115

FECHA GENERACIÓN
25/12/2025 01:11:38
FECHA EXPEDICIÓN
25/12/2025 12:56:10