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: 79

MICROCHIP: 900255003219176

FECHA: 15 - ene - 26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Maya

COLOR: calico

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 2A PESO: 3.2 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: Sandra Milena Lopez Sarmento

DIRECCION: Cl 16 NO 136-33

TELEFONO: 3006676726

CEDULA: 52.603.456

CORREO ELECTRÓNICO: sandramilenalopezsarmento@gmail.com

BARRIO: Kasandra

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Ninguno

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 5e8/25

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 ___

FELINOS: 5e8/24

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa ___ LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/mm/aaaa 5e8/24

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
150 l/m	28 r/m	38 °C	1 seg	Rosas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml	5-7mg/kg IV
	ATROPINA	0.2 ml	
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	___ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (L.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 esclarecimiento los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), cuyos términos entiendo de manera libre y voluntaria: ACEPTACION ___ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento en mención, respectivamente.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	M. Sofía López Sarmiento Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47661	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Ulloa Forero MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 61441	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 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:
Sandra lopez	52603456

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:



FECHA DE NACIMIENTO 15-MAY-1984

PACHO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

28-AGO-2002 PACHO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.603.456
LOPEZ SARMIENTO
APELLIDOS
SANDRA MILENA
NOMBRES

Sandra López
FIRMA



169

enel | Bogotá

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

ECOLÓGICO

Para pagos y consultas su número de cliente es: **1068713-1**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 3760236829

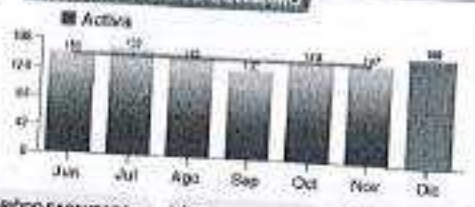
33557

CLIENTE

LILA TRUJILLO
CL 15 NO 136 33
BOGOTA, D.C. - KASANDRA

10 309 9150 / 25017651

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $800,00

CONSUMO DIARIO: 5,33 kWh

VALOR DIARIO: $2.906

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

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 160 kWh

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

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

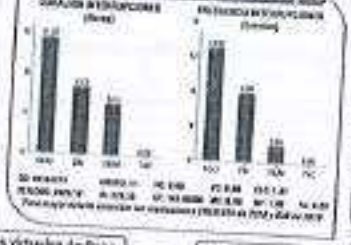
Repórtalo de forma anónima al **601 514 0000** o a través de nuestra página web: **enel.com.co**



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	RESIDENCIAL
ESTRATO:	2
CARGA KW:	3
FACTOR:	2,00
RUTA REPARTO:	1
RUTA LECTURA:	10031003089150
MANZANA DE LECTURA:	1218190526
MEDIDOR NO:	M5006853202
SUBCLASE:	25017651
	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registro en la página

Chat de servicio

Línea gratuita nacional de atención 24 horas

Ayuda Enel Clientes Colombia

ENTIDAD ESTATAL AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 6 116 116	115 Gratuita las 24 horas	901 049 000

DEFENSOR DEL CLIENTE

USO SEGURO DE ENERGÍA

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Efectivo

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del cargo: Subsidio: $24.000

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

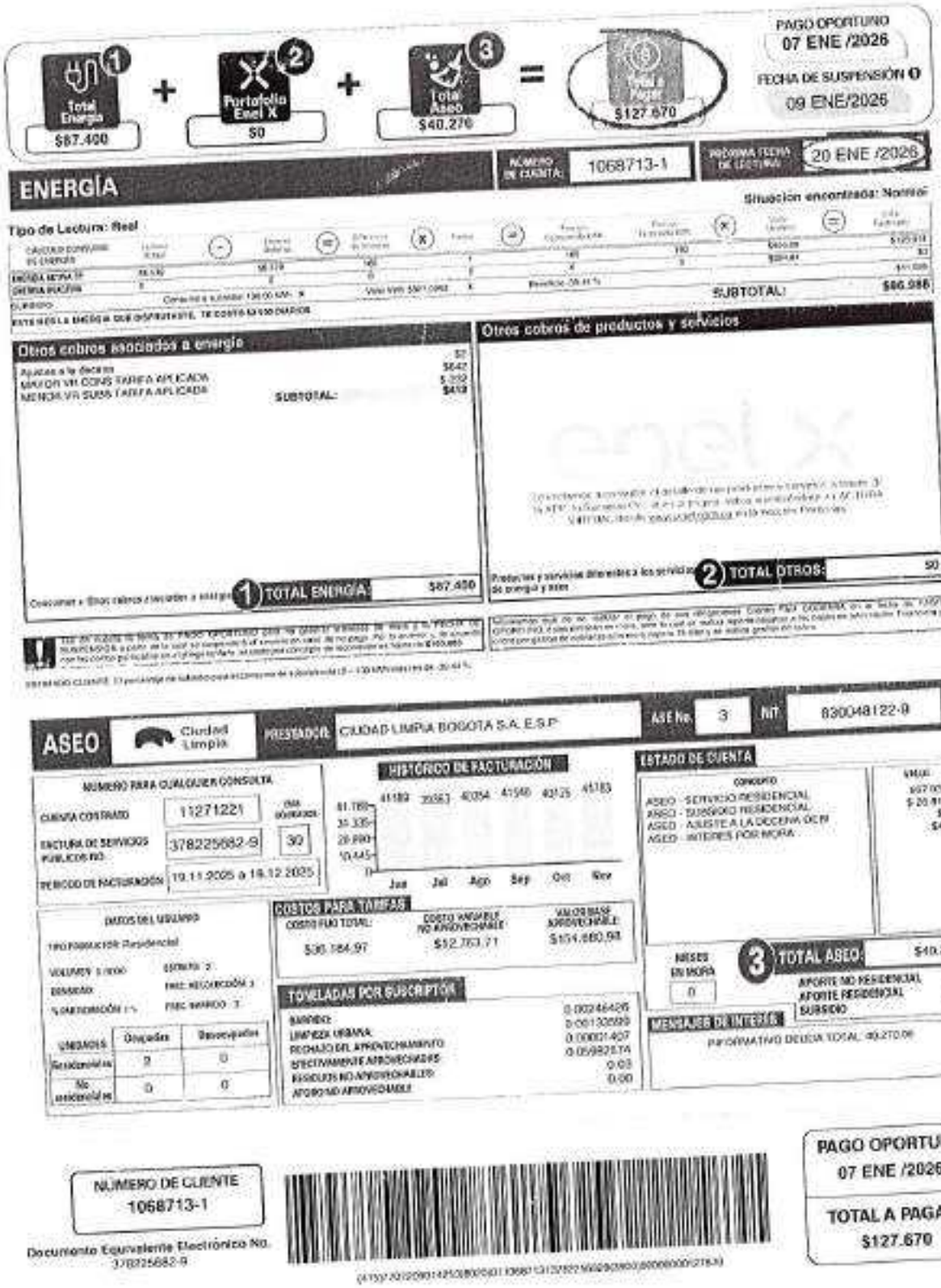
PRESTADORA ASEO DISTRITO S.A.E.S.P.	TV 17 No. 63A-23
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6-65 - 23
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 100 # 24-38 Módulo 120-124

Línea de servicio al cliente 110

En esta factura vas al 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 los consumos futuros, conforme a la Ley 142 (1994 Art 130).

FECHA GENERACIÓN: 23/12/2025 01:06:41
FECHA EXPEDICIÓN: 20/12/2025 10:30:42

Enel COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de comercialización a través de la factura con el concepto de venta de energía y otros conceptos facturables. Enel COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que preste otro comercializador. Para mayor información consulte en www.enel.com.co o en nuestras oficinas. Línea de atención 24 horas 601 6 116 116. Vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.



PAGO OPORTUNO
07 ENE /2026
FECHA DE SUSPENSIÓN
09 ENE/2026

1 Total Energía $87.400 + 2 Portafolio Enel X $0 + 3 Total Aseo $40.270 = $127.670

ENERGÍA
NÚMERO DE CUENTA: 1068713-1
PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 20 ENE /2026
Situación encontrada: Normal
Tipo de Lectura: Real
SUBTOTAL: $86.986

Otros cobros asociados a energía
Ajustes a la decena $0
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA $642
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA $ 372
SUBTOTAL: $418
1 TOTAL ENERGÍA: $87.400

Otros cobros de productos y servicios
2 TOTAL OTROS: $0

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

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA
CUENTA CONTRATO: 11271221
LECTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO: 378225682-9
PERIODO DE FACTURACIÓN: 19.11.2025 a 18.12.2025
DÍAS FACTURADOS: 30

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN
41189 39583 40054 41548 40125 45183
Jun Jul Ago Sep Oct Nov

ESTADO DE CUENTA
CONCEPTO / VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL $37.004
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL $ 20.814
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEP $5
ASEO - INTERES POR MORA $45

DATOS DEL USUARIO
USO: Residencial
ESTRATO: 3
PERIODICIDAD: BIMESTRE
% DISTRIBUCIÓN: 1%
FREC. RECOLECCIÓN: 3
FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	9	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS
COSTO FIJO TOTAL: $36.164,97
COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE: $12.763,71
VALOR BASE APROVECHABLE: $154.680,98

TOVELADAS POR SUSCRIPTOR
BARRIDO: 0,002464425
LIMPIEZA URBANA: 0,001320589
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO: 0,000001407
EFECTIVAMENTE APROVECHADOS: 0,05992574
RESIDUOS NO APROVECHABLES: 0,03
APORTE NO APROVECHABLE: 0,00

MESES EN MORA: 0
3 TOTAL ASEO: $40.270
APORTE NO RESIDENCIAL 0%
APORTE RESIDENCIAL 0%
SUBSIDIO 40%

MENSAJES DE INTERÉS
Por OPORTUNO DEUDA TOTAL: $127.670,00

NÚMERO DE CUENTE
1068713-1

Documento Equivalente Electrónico No.
378225682-9

PAGO OPORTUNO
07 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$127.670

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: 80
Número de historia clínica

MICROCHIP: S Expiry-Date: 2030/09/02
NC 900255003219171

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CFS PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nala

COLOR: Blanco / Pardo

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

RAZA: Mestizo EDAD: 7A

PESO: 2.5 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Cristian Andrey Ramirez Hernandez

DIRECCION: Kr 70Y # 75A 72

TELEFONO: 3004526072

CEDULA: 1073707264

CORREO ELECTRÓNICO: andie8112@gmail.com

BARRIO: La Sabana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 5/2/25

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

ULT. VACUNACION: NS/NR ___ X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

CLASIFICACION ASA: I II III IV V VI E

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m

F. RESPIRATORIA: 27 r/m

TEMPERATURA: 38 °C

TLLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml	5-7mg/kg IV
	Alfaxina	0.2 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P. B.)	0.3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml	1mg/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), que ha manifestado de manera libre y voluntaria su: ACEPTACION X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento en el paciente.

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

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Monsa 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 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 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:
	1073707264

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervencion quirurgica 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 1.073.707.264
RAMIREZ HERNANDEZ
APELLIDOS
CRISTIAN ANDREY
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
16-JUL-2014 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

159/160

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.699.024 - 1

Natasha Avendaño Garcia
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 03 RUTA: 033359

BIMESTRAL

11292237
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

44123262212
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 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 BMICONTA
Serie 01015803104218
Tipo VELOCISC
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 ↓

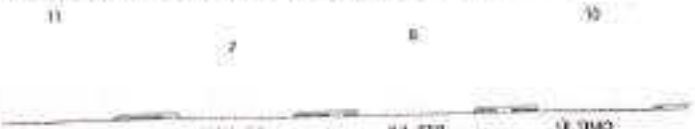
Llámanos 116 Acueducto

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

Tu consumo en este periodo

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



En este periodo consumiste más 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	2060	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	2050	Base promedio	
Tu consumo este periodo	10	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizador	

Datos de tu medidor

Marca	ISERCONTA	Tipo	Velocidad
Serie	0H0180014214	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	
$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 periodo

Ingresos en la CAAD-ESP durante el día 9 en el periodo actual

= Total a pagar $41.473

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 3d7954a2020bd27e883c1d0720fa3f98e935ad0c3ef28e2844f0f2344d1a0f8a0b393a35d79818c687882a06cc0eeee55

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.795,83	-60	$7.837-	$5.877,37	$11.754,24
Consumo residencial básico (m³)	10,00	$3.757,93	-40	$15.032-	$22.554,75	$22.547,50
Consumo residencial rango básico (m³)						
Cargo fijo residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$22.869-		$34.301,74

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
	2,00	$4.856,08	-40	$3.725-	$7.793,53	$5.567,16
	10,00	$4.021,92	-40	$16.087-	$2.413,09	$24.131,20
Subtotal					$10.812	$29.718,30

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

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico. (un 9% en total)

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$18,47	$64,24
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$185	$643

C Otros conceptos

Concepto	Valor
D sem. mín. vital total	$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	

Subtotal 22.547-

Pagos por la página web, app y aliados

Para quienes no pueden desplazarse al punto presencial más cercano, habilitamos estos puntos virtuales

efecty puntored

CAAD: Consulta, Atención y Asesoría al Usuario — Línea gratuita para reportar daños

La CAAD-ESP no está haciendo cobros por ningún concepto. Reporte cualquier irregularidad a Oficina de Control Interno, AAV vía Bayas, Gelencia y/o City

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$41.473

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DE SERVICIO PÚBLICO EN LÍNEA
Señor usuario: Es usted responsable de todos aquellos actos y efectos económicos, sobre este documento. El no pago será causal de suspensión de los servicios y la CAAD-ESP no podrá efectuarlos en la respectiva factura.

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: 81

MICROCHIP: SI 900255003219174 Número de microchip

FECHA: 15-07-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LULU

COLOR: Blanco / Pardo

ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO__ RAZA: MESTIZO EDAD: 8 M PESO: 2.6 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__ PERRO DE CUADRA__ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Cristian Andrey Ramirez Hernandez

DIRECCION: Cl 70A N 75B 72

TELEFONO: 3004526072

CEDULA: 1073707264

CORREO ELECTRÓNICO: andres8112@gmail.com

BARRIO: La Sabana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa INFLUENZA 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: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m F. RESPIRATORIA: 27 r/m TEMPERATURA: 38.2 °C TLLC: 1 seg MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml	5-7mg/kg IV
	Ketamina	2 ml	
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Carolina Blanco Díaz Médica 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. 41443

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 pueda generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, 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:
	1013107264

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
NUMERO 1.073.707.264
RAMIREZ HERNANDEZ
APELLIDOS
CRISTIAN ANDREY
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
16-JUL-2014 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

159/160

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Alfredo Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 03 RUTA: 033359

BIMESTRAL

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

Descargue el Documento Equivalente Electrónico

¡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 HERCONTA Tipo VELOCIMETRICO
Serie 0101S0516254 Diametro pulgadas ½

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

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

Fecha esperada 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

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

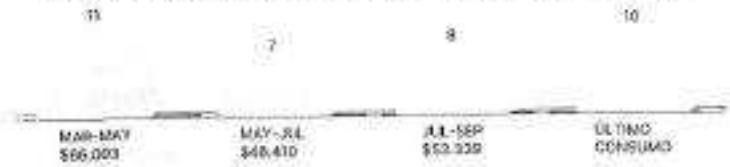
En este período **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 116 Acueducto

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

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue m^3



En este periodo consumiste más agua que en el anterior

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
10.000	169

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	3069	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	3059	Base promedio	
Tu consumo este periodo	10	Descargue fuerte/ alterna	0
		Consumo totalizadores	

Datos de tu medidor

Marca	IBERCONTA	Tipo	VELOCIMC
Serie	0191580044214	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 = **Total a pagar** $41.473

CUDE: Código Único de Documento Electrónico: 3679643928fbe27c8407e1870316e339e932a3f8c4e128e28e6400f2cf4f5a7588a1c...

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.785,92	-40	$7.827-	$5.977,27	$11.754,24
Consumo residencial básico (m³)	10,00	$3.797,92	-40	$15.032-	$3.254,75	$32.547,50
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$22.859-		$34.301,44

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.896,05	-40	$3.935-	$2.793,83	$5.587,10
Consumo residencial básico (m³)	10,00	$4.071,93	-40	$16.087-	$2.412,09	$24.121,20
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$19.812-		$29.718,30

* Corresponde a consumos de hasta 10m³ 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 y 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, cuando aplica.

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$18,47	$04,34
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$185	$043

C Otros conceptos

Concepto	Valor
D-ben. sen. vida total	$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 quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$41.473

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

28103

ALCALDÍA FONTIBÓN BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA N°: 82 (Número de Historia clínica)

900255003219459 (Número de Microchip)

SI ○ NO

FECHA: 15-01-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dulce

COLOR: Blanco y negro

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

RAZA: Mestizo EDAD: 6M PESO: 22 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 CÁMARA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Karen Nicole Moreno Vargas

DIRECCION: KR 108 16H 31B1 C2

TELEFONO: 3022942907

CEDULA: 1000.254.615

CORREO ELECTRÓNICO: karen.morenova@gmail.com

BARRIO: Villa Carmenza

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Universitaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 6/01/26

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 05/12/25

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: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m F. RESPIRATORIA: 28 r/m TEMPERATURA: 38 °C TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosadas

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.)	0,2 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,09 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 y/o exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario 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. 41[illegible]

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.

Me han informado que, en relación a la implantación del microchip, pueden presentarse algunos riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en el sitio de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talco, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

Además, soy consciente y ACEPTO __X__ o RECHAZO_____ la declinación de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente sé 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 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 surtir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Nicole Morero	1000 254 615

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.000.254.615
MORENO VARGAS

APELLIDOS
KAREN NICOLE

NOMBRES

Nicole Moreno
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-DIC-2001
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

08-ENE-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO OCHOA BADUI



A1500150-01126709-F-1000254615-20200107 0096544484 2 0530184166



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



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Desde PSE

Desde Bancolombia

Recuerda que puedes pagar tus facturas de otros meses anteriores o con otra identificación

Pagos en línea para tu factura

*Puede aplicar cuota por pago o 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 CODE
Banco GNB Sudameris

Gaseosas Postobón
Metro, Jumbo, Éxito

*Sin costos de cheques, retiros en oficina y avances de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía se traduce en ahorros para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principales causantes 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 a los lugares para orientarte hasta allá.

¡Hola!

YEMAINA ROJAS
KR 108 16H 31 B01 C02 - VILLA CARMENZA
BOGOTA

vanti

Más formas de ahorrar
Medidor Gas No. 3007-00-

Lote: P13GN Ruta: 0011020221408000800 Código del Sector: 324

Cuenta o referencia de pago 62392498

vanti

TU GRAN MOMENTO APROVECHA ES: $ 5.300.000



Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.
Cupo hasta de:
en tecnología, electrodomésticos, mercadeo/ropa y hogar.
Estrenalo hasta en:
inclusive para ropitas.

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 764
Bogotá (601) 307 5171
Bruce Mackay (601) 485 4750

Atención Virtual
Escríbenos por cualquiera de estos canales

Línea de WhatsApp 310 239 4164

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

Recuerda que puedes descargarnos la aplicación para tu teléfono celular y/o tableta

vanti

Noviembre 2025

62382498

Fechas importantes

3 — 4

Periodo facturado: Oct. - Nov. 2025

Emisión de tu factura: 21 Nov. 2025

Fecha de pago oportuno: 05 Dic. 2025

Componentes facturados

Descripción	Cantidad	Valor unitario $	$	Subtotal $
CONSUMO GAS	1160	2.741,08	0,00	30.168,80
FNO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,61	0,00	1,61

1 – Total $34.340,00

Descripción	Capital A	Intereses B	Subtotal Deuda

2 – Total $0,00

Valor facturas anteriores

Total a pagar 1 + 2 = 3

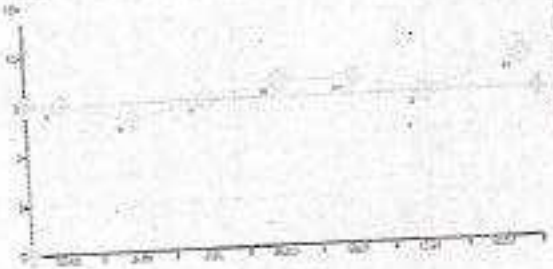
$34.340,0

$0,00

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Tipo: Residencial	Periodo: Oct - Nov	Días de consumo: 35
Fecha	Lectura	Tipo
16 Oct. 2025	1202	REAL
19 Nov. 2025	1248	REAL

Consumo = 1248 - 1202 * Factor de corrección = 11

Tu próxima lectura será: Entre 13 y el 16 de Diciembre

Novedades de tu factura

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $73.000

Revisión Periódica Obligato

Verificentro Revisión Periódica Obligatoria

31 Dic. 2029

Agenda tu RPO

Tarifas

Ago. $2804 Sep. $2718 Oct. $2748

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad





(415)7708898026025(8020)62382498(3900)000000000004340

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: 83 | MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231995 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Manchas | COLOR: Blanco / Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 3A | PESO: 2.9 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yasbleydy Yohanna Serrano Naranjo | DIRECCION: Cl 22 I Nº 112 B 37 | TELEFONO: 3212947112

CEDULA: 1076081953 | CORREO ELECTRONICO: Jasbleydyserrano95@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/R

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

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

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: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 38.2 °c | TLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 mL	5-7mg/kg IV
	Morfina	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 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 de [illegible] procedimientos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036 | FIRMA:

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

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones oncológicas 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 contactor de lesiones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X__ o **RECHAZO** _____ **la declinación de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por 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: 1068649353

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

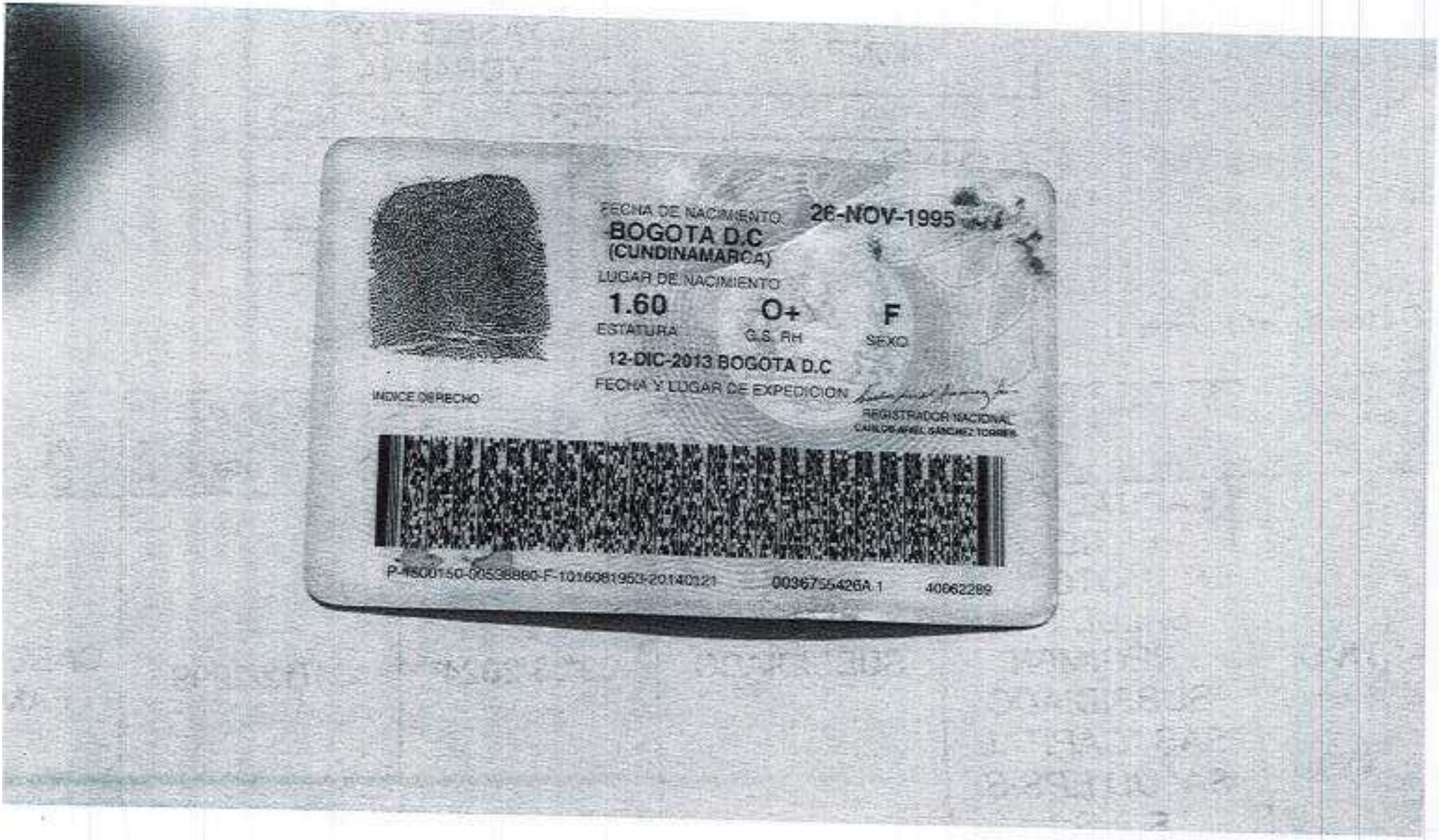
SERRANO NARANJO

APELLIDOS

YASBLEYDY JOHANNA

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-4500150-00539880-F-1016081953-20140121 0036755426A 1 40662289

155
156

enel Bogotá

1658114-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No.

HERIBERTO SERRANO
CL 22 NO 112 B 37
FONTIBON ATAHUALPA
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

15 334 9708 / 15178359

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

Reporta de forma segura al 601 514 0000 o a través de pagos web, enel.com.co



Activa

VALOR KWH APLICADO $800,00

CONSUMO DIARIO: 5,33 kWh

VALOR DIARIO: $4.267

PERIODO FACTURADO: 19 NOV 2025 A 18 DIC 2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 160 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	
ESTRATO:	Residencial
CARGA VIV:	3
FACTOR:	1
RUTA Reparto:	4,00
RUTA LECTURA:	1
MANZANA DE LECTURA:	
MEDIDOR NO:	
SUBCLASE:	

CONTÁCTANOS

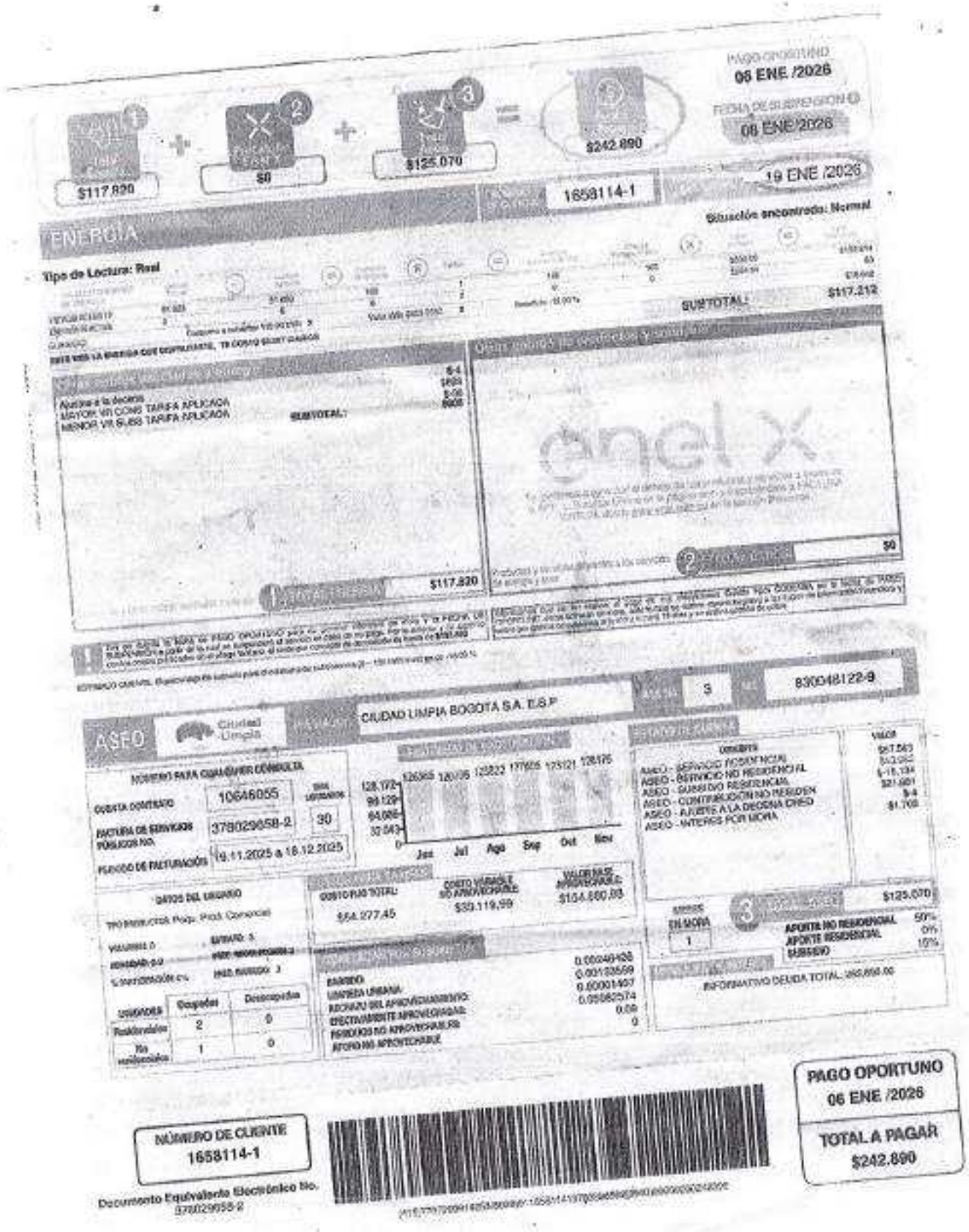
Bogotá, Soacha y Girardot: 601 8 316 111

116 Gratuito desde celulares

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al usuario 116

FECHA GENERACIÓN 22/12/2025 07:42:41
FECHA EXPEDICIÓN 22/12/2025 13:15:19



PAGO OPORTUNO
05 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
08 ENE /2026

$117.820 + $0 + $125.070 = $242.890

19 ENE /2026

1658114-1

ENERGÍA

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

SUBTOTAL: $117.212

Otros cobros, impuestos y contribuciones

Ajustes a la decena
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA
SUBTOTAL:

$0

$117.820

ASEO

Ciudad Limpia

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

830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	10646055	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	378029658-2	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.11.2025 a 18.12.2025	

Concepto	Valor
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$67.543
ASEO - SERVICIO NO RESIDENCIAL	$43.062
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-15.134
ASEO - CONTRIBUCION NO RESIDEN	$21.601
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DIEC	$-4
ASEO - INTERES POR MORA	$1.700

$125.070

DATOS DEL USUARIO	
TIPO SUSCRIPTOR: Predio Privado Comercial	
VOLUMEN: 0	ESTRATO: 3
SUSCRIPTORES: 0	USOS: RESIDENCIAL 2
% PARTICIPACIÓN: 0%	USOS: NO RESIDENCIAL 3

USUARIOS	Ocupados	Desocupados
Residenciales	2	0
No residenciales	1	0

COSTO PLAN TOTAL:	$64.277,45
COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	$39.119,99
VALOR MES APROVECHABLE:	$104.680,88

BARRIDO	0,00049428
LIMPIEZA URBANA	0,00133559
RECAUDO DEL APROVECHAMIENTO	0,00031407
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS	0,05562574
PERDIDOS NO APROVECHABLES	0,09
APOYO NO APROVECHABLE	0

APORTE NO RESIDENCIAL	50%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	10%

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $82.890,00

NÚMERO DE CLIENTE
1658114-1

Documento Equivalente Electrónico No.
378029658-2

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 HC. Número de Historia clínica: 84

MICROCHIP: SI / NO — 900255003234132

FECHA: 15-07-2026

ORIGEN: CES / PROTECCIONISTA — COMUNIDAD X — CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: concha

COLOR: pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X — SEXO: HEMBRA X MACHO ___ — RAZA: Mestizo — EDAD: 6M — PESO: 2.7 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: Nicolas Valero Martinez

DIRECCION: TV 96 g N° 76 D 11

TELEFONO: 3233057367

CEDULA: 1014860090

CORREO ELECTRÓNICO: ottomaxvalm2021@gmail.com

BARRIO: Guadual

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/R

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

ULT. VACUNACION: NS/NR:

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

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

FELINOS: NOV/25 — TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa — LEUCEMIA: NOV/25 — RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3A

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m — F. RESPIRATORIA: 20 r/m — TEMPERATURA: 38.5 °C — TLLC: 1 SEG — MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

FIRMA:

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

FIRMA:

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 microchio, 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:
Nicolas Valero Martinez	1014860090

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 DISPOSICIÓN 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



Apellidos
VALERO MARTINEZ

NUIP 1.014.860.090

Nombres
NICOLAS

Nacionalidad
COL

Estatura
1.75

Sexo
M

Fecha de nacimiento
12 OCT 2005

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
17 OCT 2023, BOGOTA D.C.

Firma
Nicolas Valero

Fecha de expiración
17 OCT 2033

0528157

REGISTRADURÍA NACIONAL del Estado Civil

ICCOL0328157048150O1<<<<<<<<<<
0510121M3310171COL1014860090<4
VALERO<MARTINEZ<<NICOLAS<<<<<<

enel Bogotá

1085833-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3748689814

MIGUEL MARTINEZ
TV 96 G NO 18 D 11
S PEDRO LOS ROBLES
BOGOTA, D.C. - GUADUAL FONTIBON

18 310 9528 / 24081808

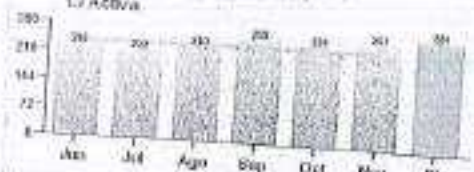
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

El contacto directo puede causar accidentes, cortocircuitos y fallas en tu hogar.

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



Activa



VALOR kWh APLICADO $809.08

CONSUMO (kWh): 9.04 kWh

VALOR (kWh): $6.929

PERIODO FACTURADO: 02 NOV/2025 A 02 DIC/2025

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 281 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
CONTRATO: 2
CARGA KW: 3,06
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 1080316318620
RUTA LECTURA: 1318311080
MANZANA DE LECTURA: 8630084744
PERIODO NO: 24081808
MEDIDOR: Física





Bogotá, Antares Cra 69c 5 35 166

115





COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

Línea de servicio al cliente 115



FECHA GENERACIÓN: 27/12/2025 01:05:57
FECHA EXPEDICIÓN: 27/12/2025 15:37:19

08 ENE /2026

$184.053 + $251.227 + $40.170 = $476.050

13 ENE/2026

1085833-4

22 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $193.799

Ajustes a la decena $1
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA $1.094
MENOR VR EURO TARIFA APLICADA $-232
SUBTOTAL: $862

$194.053

COBRO SEGUROS $61.109
Tas Cobl. Financiera $230.127

$251.227

Si no cancela la factura en PAGO OPORTUNO podrá no generarse nuevamente en mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se reconectará el servicio en caso de no pago. Para la reanudar y de acuerdo con las causas justificadas en el artículo de ley, el cobro por reinstalación asciende a la suma de $ 19.665

Si usted no cancela el pago de las obligaciones dentro PAGO OPORTUNO, esta situación es mora, sobre la cual se realiza cobro reporte a las bases de información financiera y cobro por gestión de cobranza el cual la suma $ 15.000 y se realiza gestión de cobro

ESTRATO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 - 130kW/mes) es de 20.0 %

CEDINO LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P | 3 | 830046122-9

AVISO IMPORTANTE PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	10888115	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No	378558995-0	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	21.11.2025 a 20.12.2025	

CONCEPTO	VALOR	
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$66.899	
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-26.759	
ASEO - INTERES POR MORA	$37	

CONSUMO TOTAL	COSTO UNITARIO PROMEDIO	VALOR MES FACTURADO
$38.697,71	$12.735,70	$154.650,90

DATOS DEL USUARIO

Tipo de Usuario: Residencial

Unidades	Cargadas	Descargadas
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

BARRIDO	0.50244135
LIMPIEZA LOCATIV	0.08133595
CUADRO DE AVISO PROMEDIO	0.00011407
SERVIDUMBRE ARBOREDA	0.03992574
SERVICIO NO APROVECHABLE	0.03
APROVECHABLE	0.06

MESES ENVIADOS: 0

$40.170

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

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $0.170,00

NÚMERO DE CUENTA
1085833-4

Documento Equivalente Electrónico No.
378558995-0

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$476.050

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: 85 | MICROCHIP: 900255003231134 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zoe | COLOR: Carey

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 5M | PESO: 2.4 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___ REGALADO X PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yesica Andrea Benitez Vergara | DIRECCION: Cl 22H 77A 41 | TELEFONO: 3143709706

CEDULA: 1106780948 | CORREO ELECTRÓNICO: Yesibenitez270792@gmail.com

BARRIO: Versalles | 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/R | 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: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m | F. RESPIRATORIA: 20 r/m | TEMPERATURA: 38.2 °c | TLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.2 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

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

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

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

FORTIBON

5. 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 aumentar 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:
Yoiner Andres Benitez	1106780998

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 **1.106.780.943**

BENITEZ VERGARA

APELLIDOS

YESICA ANDREA

NOMBRES

Yesica Andrea Benitez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-JUL-1992**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-AGO-2010 CHAPARRAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2904000-00261984-F-1105780948-20101026 0024523547A 1 32236286

Yesica Andrea Benitez

$711.842 $85.170 $954.370

3584255-0

SUBTOTAL:

$167.358

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

CONCEPTO
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL
ASEO - CONTRIBUCIÓN RESIDENCIA
ASEO - DCTO NO RECOLECC PUERTA
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED
ASEO - INTERES POR MORA

COSTO FIJO TOTAL $54.277,04

COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE $18.779,20

VALOR DE MIS APROVECHABLE $154.680,36

ESTRATO
USUARIOS URBANOS 0,00248826
SUBSIDIO DEL APROVECHAMIENTO 0,00139295
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS 0,00007407
RESIDUO NO APROVECHABLE 0,05962574
RESIDUO NO APROVECHABLE 0,05
0,00

MESES EN MORA 0

APORTE U APORTE R SUBSIDIO

INFORMATIVO DEUDA TOT

PAGI 06

TOT

187

Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. ESP
NIT 830032870-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

AHORRO

35

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO

CARLOS ARTURO SUAREZ ABRIL
CL 42 H NO 114 A 41 PI 2
FACHADA
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

15 334 9614 / 2716439

Activa

VALOR kWh APLICADO $660,89

CONSUMO DIARIO 7,17 kWh

VALOR DIARIO $5.214

PERIODO FACTURADO: 19 NOV/2025 A 18 DIC/2025 / DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 215 kWh

Cuida a tu familia evita riesgos eléctricos

INFORMACIÓN DE LA CUENTA
CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 3
CARGA kW: 5,00
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 1008313004001
RUTA LECTURA: 12153 C0451
MANZANA DE LECTURA: MS00843176
MEDIDOR NO: 2716439
SUBCLASE: Básica

DIRECCIÓN INSTALACIÓN

RESIDENCIA INSTALACIÓN

Mantén tus aparatos eléctricos bien cuidados. Revisa unos semestrales, cambia o corrige las cosas que no funcionan o suenan raro.

Medios para realizar tu Pago

Consignaciones Bancarias

Puntos Baloto

Corresponsales Bancarios

Oficinas Enel

Código QR

Asistencia Vía Celular

Seguridad, Salvamos y Cuidamos Vidas 800 5 155 155

115 Llamadas

Línea de servicio al cliente 110

PROMEDAMBIENTAL DISTRITO S.A.E.S.P.

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

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

En esta factura ves un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y no afecta los consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art 130).

COMPONENTES TARIFARIOS | Componentes del cargo

Vigencia: NOV/2025

Enel Colombia S.A. ESP cobra el servicio de recolección de residuos sólidos en nombre de la Empresa Prestadora del servicio. Si tiene inconvenientes con el servicio de aseo, comuníquese con la Empresa Prestadora. Si no recibe respuesta, puede acudir a la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECH 23/1 FECH 23/1

FONTISÓN | 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: 36 (Número de historia clínica)

MICROCHIP: SI Expiry-Date:2030/09/02 900255003231138 (Número de microchip)

FECHA: 15-07-2026.

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Cloe

COLOR: Cairo

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___ RAZA: Mestizo EDAD: 6 M PESO: 2.7 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X

DURANTE LA VACUNACION 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___ FERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Valentina Sarmiento Mavardi

DIRECCION: Cl 77 A N° 96 H 76

TELEFONO: 3229084694

CEDULA: 1000326833

CORREO ELECTRÓNICO: sarmientomavardilauravalentina@gmail.com

BARRIO: Villamar

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL___

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 06/1/25

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

FELINOS: 15 NOV/25

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLC 1 seg MUCOSAS: Ro Sos

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 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___ RECHAZO___ para la realización del procedimiento y los exámenes prequirúrgicos

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de La Salle T.P 47661	FIRMA:
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Alonso Torres MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 21341	FIRMA:

FORVISION

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

pueden presentar. Se 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:
	1000 326 833

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

Nombre del responsable/Tenedor: CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.000.326.833
SARMIENTO MAVARDI

APELLIDOS
LAURA VALENTINA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 07-JUN-2002
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

09-ABR-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



346609

Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 900063875-5
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

MODELO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0407439-0

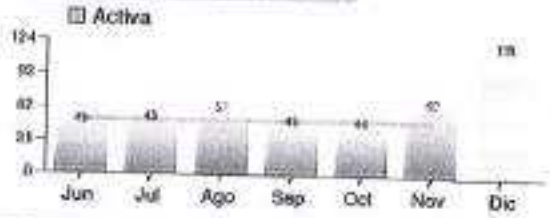
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 378391100-1

CLIENTE

WILLIAM MOLINA BERNAL
CL 17 A NO 96 H 76 CA 3
INT 3 FONTIBON
BOGOTA, D.C. - VILLEMAR

17 325 9440 / 26505669

COMPORTAMIENTO DE CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $800,09

CONSUMO DIARIO: 3,83 kWh

VALOR DIARIO: $2.607

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

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 115 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:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100031732594A0
RUTA LECTURA:	13173050550
MANZANA DE LECTURA:	M500540642
MEDIDOR NO:	25506669
SUBCLASE:	Básico

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registrate gratis
Chat disponible
Línea gratuita de la página Web
Redes Sociales
App Enel Clientes Colombia
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Gratuito las 24 horas.
601 514 0000
Puntos de atención

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
Billetera Virtual
Corresponsales Bancarios
Red Efectivo
Centros de Servicio
Código QR
Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 61A-05
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Bogotá # 8 B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-38/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 115

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

G: $266,56 T: $33,30 D: $294,04 CV: $75,61 PR: $96,63 R: $26,15 OF: $0,00 / $600,00 Costo kWh Bloc

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

FECHA GENERACIÓN: 26/12/2025 11:04:18
FECHA EXPEDICIÓN: 26/12/2025 11:04:18

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 1 IVA por cal. Somos autorretenedores según Resolución No. 0517 de 30 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 038 DE 1998.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115 (para Bogotá) al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0001 de 14 de diciembre de 2009.

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

"En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 130 de la ley 142 1994"

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlos en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, Tarifa de 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 a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Ilmargos de Colocones), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 900.063.875-5. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios BAS SIC / Nombre del SW: CSMFacturo - NIT 860.321.154-9

8 de 1 Página 1 de 8

346609

No. Cuenta 0407439-0 34000

$78.395 + $22.945 + $28.740 = $130.080

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
13 ENE/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CLIENTE 0407439-0

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA 21 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Proceso analítico datos

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia calculada	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA PP	13.065		13.050		115		1		115	115		$806,04		$92.916
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$264,04		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh X				Valor kWh $806,0400		X		Beneficio -15,00 %					-$13.920

SUBTOTAL: $78.396

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $2.457.394/KWH

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-4
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$225
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-34
SUBTOTAL:	**$187**

1 TOTAL ENERGÍA $78.395

Otros cobros de productos y servicios

SEGUROS Y ASISTENCIAS CFC	$22.945

2 TOTAL OTROS $22.945

Tiene en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspendería el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por reinstalación es hasta de $103.883

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil COOPENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas serán reportadas, ante la cual se realiza dicho reporte negativo a las bases de información financiera y cobro por gastos de cobranza o la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 - 130 kW/mes) es de -15,00 %

ASEO

Ciudad Limpia

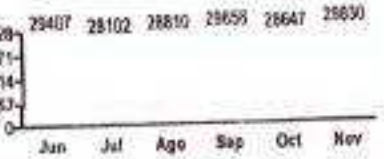
PRESTADOR: CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P

ASEO N°: 3 NIT: 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	10104038	días FACTURADOS
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	378391100-1	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.11.2025 a 18.12.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$33.781
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-5.067
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-1
ASEO - INTERES POR MORA	$27

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0.0000 ESTRATO: 3

DENSIDAD: FREC. RECOLECCIÓN: 3

% PARTICIPACIÓN: 0% FREC. BARRIDO: 6

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA USUARIO

COSTO RUO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$18.092,48	$6.646,30	$154.680,98

TARIFAS APLICADAS

BARRIDO:	0.00246425
LIMPIEZA URBANA:	0.00133550
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001407
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.00882574
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
AFORO NO APROVECHABLE	0.00

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO $28.740

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

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 28.740,00

NÚMERO DE CLIENTE
0407439-0

Documento Equivalente Electrónico No.
378391100-1

(415)7707206901435(8020)010407439037839110010(3900)000000130080

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$130.080

FONTIBON

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN VETERINARIAS

HISTORIA CLINICA Nº: 87 (Número de Historia Clínica)

MICROCHIP: SI 900255003231132 (Número de Microchip)

FECHA: 15-07-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Maia

COLOR: carey

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 2A PESO: 4.5 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Liliana Guevara Carrascal

DIRECCION: cl 23 N 108-29

TELEFONO: 3213001516

CEDULA: 1065906817

CORREO ELECTRÓNICO: cindyandrecaandres@gmail.com

BARRIO: Versalles

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 25-07-25

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m F. RESPIRATORIA: 28 r/m TEMPERATURA: 38 °C TLLC: 1 SEG MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 mL	5-2mg/kg IV
	Atropina	0,2 mL	N.
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.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Alexander Arteaga Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Mesa Rivera MEDICA VETERINARIA U.D.C.A T.P. 41448	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 acerca del procedimiento de implantación del microchip y sus 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 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 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 exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Viana Guevara	1065 906 816

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/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 1.065.906.817
GUEVARA CARRASCAL
APELLIDOS
LILIANA
NOMBRES
Liliana Guevara C
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 05-ABR-1996
AGUACHICA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
08-ABR-2014 AGUACHICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

192

enel | Bogotá

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

0412646-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 378035324-9

CLIENTE

MARIA DE JESUS SAAVERA
CL 23 NO 108 29 IN 1
INTERIOR 1
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

15 336 9795 / 860646

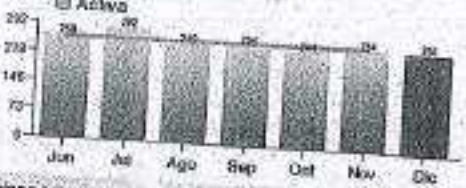
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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 $930,09

CONSUMO DIARIO 8.37 kWh

VALOR DIARIO: $8.174

PERIODO FACTURADO: 19 NOVIEMBRE A 18 DICIEMBRE

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 251 kWh

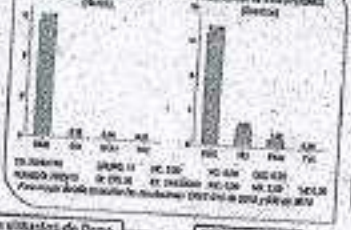
¡Con nuestra app puedes tu LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía de manera sencilla desde tu celular!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	
ESTRATO:	Residencial
CARGA kW:	3
FACTOR:	2,06
RUTA REPARTO:	7
RUTA LECTURA:	1500015308979R
MANZANA DE LECTURA:	T315216R522
MEDIDOR NO:	5800049335
SUBCLASE:	860646
	Básica

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 6 115 115

115

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

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

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Bosa # 6 D - 20

ASEA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 129 # 54-38 El Lote 103-104

Línea de servicio al cliente 110

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

En esta factura usted no cancela adicional que corresponda a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 6 meses, por una orden vor y no afecta los consumos futuros, conforme a la Ley 142 de 1994 (art 150).

FECHA GENERACIÓN 20/12/2025 01:17:38
FECHA EXPEDICIÓN 20/12/2025 12:11:12

Total Energía $186.260 + Portafolio Enel X $0 + Total Aseo $26.710 = Total a Pagar $214.970

PAGO OPORTUNO 06 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN © 08 ENE /2026

ENERGÍA

Número de cliente 0412646-2

Fecha de corte 19 ENE /2025

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

CARGOS CONSUMO EN ENERGÍA	Lectura Actual	-	Lectura Anterior	=	Energía consumida	X	Factor	=	Energía Facturada kWh	Precio Unitario $/kWh	X	Total $	=	Valor $
ENERGÍA SERVICIO	56.196		56.005		191		1		191	261		$50.031		$50.031
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$34.634		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh			X	Valor subs $000,0000			X	Equivalente -15,00 %					$15.603

SUBTOTAL: $185.220

ESTE MES LA ENERGÍA QUE CONSUMISTE, TE COSTÓ $6.174 DIARIOS

Otros cobros facturados a enero de

Ajustes a la decena	$2
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$1.124
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-76
SUBTOTAL	$1.049

Consumo + otros cobros facturados a energía: 1 TOTAL ENERGÍA $186.269

Otros cobros de productos y servicios

enel X

Te invitamos a consultar el detalle de los productos y servicios a través de la APP, la Sucursal Online en la página web o nuestra tienda FACTURA VIRTUAL dando click en la sección Pendiente.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía / 2025: 2 TOTAL OTROS $0

Este mes usted ha tenido CONSUMO con un periodo facturado de más o de 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 normas publicadas en el página Ley/Resol, el costo por concepto de reconexión es hasta de $100.000

Recuerde que de no realizar el pago de los conceptos cobrados hasta FECHA DE PAGO OPORTUNO, debe cancelarse en mora, esto le dará un reporte negativo a las bases de información financiera y además por generar de intereses el 0,1/día hábil. Si cree y no realiza gestión de saldo.

Subsidio EL MES: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -15,00 %

ASEO

Ciudad Limpia

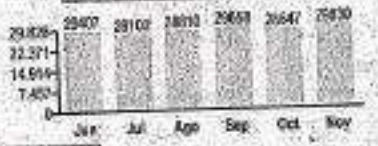
PRESTADOR: CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P

Ref. 3 NIT 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

		Ref. de pagos
CUENTA CONTRATO	70261058	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	378020024-9	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.11.2025 a 18.12.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$20.760
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-6.007
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREC	$-4

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO: $26.710

APORTE NO RESIDENCIAL 0%
APORTE RESIDENCIAL 0%
SUBSIDIO 13%

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN O CONS: SUBSIDIO: 3

DESCUENTO: PROC. INCREMENTO: 3

% PARTICIPACIÓN: 0% PROC. DISMINUC.: 0

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$18.092,45	$5.645,30	$154.650,95

TOTALIZADOR por DESCRIPCIÓN

BARRIDO	0.00264426
LIMPIEZA URBANA	0.00133599
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO	0.00001407
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS	0.05662574
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.00
APORO NO APROVECHABLE	0.00

MENSAJES DE INTERÉS

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 26.710,00

NÚMERO DE CLIENTE 0412646-2

Documento Equivalente Electrónico No. 378020024-9

(415)7707209914253(8020)0104126460570(3900)000000000214970

PAGO OPORTUNO 06 ENE /2026

TOTAL A PAGAR $214.970

FONTIBON

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERIL[illegible] CANINAS/FELINAS

HISTORIA CLÍNICA Nº (Número de HISTORIA CLÍNICA): 88

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231123

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CRS ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Romina

COLOR: Calico

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA ___ EDAD 6M PESO: 3,2 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 ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Ever Chavarro Polania

DIRECCION: Kr 111A 22 I 25

TELEFONO: 3118991334

CEDULA: 79 355 700

CORREO ELECTRÓNICO: 3118991334@sincorreo.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 N/R

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 20/1/25

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 ___

FELINOS: SCR/25

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa ___ LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/mm/aaaa 06/1/25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m F. RESPIRATORIA: 28 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 mL	5-7mg/kg IV
	Morfina	0,2 mL	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 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 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 Maricela Diaz Medica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Monse[illegible] 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, hemorragia), reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Adicional el mismo que he recibido de forma clara y oportuna la información acerca del procedimiento de implantación del microchip y la cual 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 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 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: 79355100

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:

195

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.355.100
CRAVARRO POLANIA

APELLIDOS
LUIS EVER

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 15-NOV-1965
SOLANO
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
17-NOV-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibir tu factura desde el próximo mes.





6 Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Bancolombia · Banco BBVA · Davivienda · Banco Popular · Banco Occidente · Banco Agrario · Banco Pichincha · Nequi · Daviplata · dale

Bancolombia PSE

Bancolombia Transfiya

Recuerda que también puedes pagar tus facturas de Vanti a través de nuestros aliados en otras transacciones.

Escanea para pagar tu factura

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

5 Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CACB
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.

4 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 191 164

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

CUSTOMER SOLUTIONS & COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 900.696.822-4

¡Hola!

SERGIO BECERRO
KR 111A 22I 25 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 8097197-99M11

Lote: P10GN **Ruta:** 0011020170140008000 **Código del Sector:** 326

Cuenta o referencia de pago **61142754**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 5.900.000**

vanti

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

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

Easy · Homecenter · Pinturama · Ferreinox · Construmart

Productos exclusivos de Vanti S.A. ESP. Sujetos a estudio crediticio y aprobación. Cupo rotativo sujeto a cupo disponible. Consulta términos y condiciones en nuestra página web.

2 Comunícate con nosotros y solucionamos 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 942 784
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 317 418 4184

Vanti en línea
https://m.grupovanti.com/

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

Factura 9564 (0011020170140008000)

Noviembre 2025

Cuenta a referencia de pago 81142754

vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno 04 Dic. 2025 — 2 Fecha de suspensión 05 Dic. 2025 — 3 Periodo facturado Oct. - Nov. 2025 — 4 Emisión de tu factura 21 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA (%)	Subtotal Sub(A*B)+C
CONSUMO GAB	9M3	2.741,89	0,00	89.217,48
FIJO	1UN	4.160,00	0,00	4.160,00
AJUSTE DECENA	1UN	2,54	0,00	2,54
RECAUDO TERCEROS Cocinemark Prest.	0	19.970,00	0,00	19.970,00
Vanti Mas Antiguo	1UN	11.294,12	2.145,88	13.440,00

1 – Total $130.810,00

Tus financiaciones

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

1 – Total $0,00

3 – Valor facturas vendidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $130.810,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat Tres — Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
16 Oct. 2025	5065	REAL
16 Nov. 2025	5129	REAL

m³ corregidos: 5129 - 5065 * Factor de corrección = 34

Tu próxima lectura será

Entre 13 y el 18 de Diciembre

Novedades de tu factura

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.300

(415)7709998026025(8020)81142754(3900)000000000130810

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ago. 2030

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2742.

Ago. $2804 Sep. $2713 Oct. $2746

Componentes tarifarios

Pcs: 1408.91 Pm: 652.56 Cm: 299.2 Cm: $741.68

pi: 76.7 Cvm: 0.0 Cvfm: 41.80.0 Cvm: $741.68

Cvm: 0.0 Fcm: 42.919 DALM: 0.0 DALMR: 0.0

Factor de corrección

Vm: 44 Fpi: 0.76862 IC: 1.80827 Pi: 0.77347

Vc: 34 Tm: 15.75 Tc: 19.99 Pc: 1.01005

Pc: 0.760 Pm: 0.0034 P pc: 1.0

Factor de corrección: 0.77347

Indicadores de calidad

PCI: 100.0 CCS: 0.0 ID: 100.0 IPC: 100.0



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: 89 | MICROCHIP: SI / NO | 900255003231504 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD ✓ | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chula | COLOR: Beige- café

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Siames | EDAD: 6m | PESO: 2.7 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO ✓ | 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: Myriam Mayerly Rincon Bocanegra | DIRECCION: cl 74B N 176-69 | TELEFONO: 3003679635

CEDULA: 7016009342 | CORREO ELECTRONICO: myriammrbe@gmail.com

BARRIO: El Chanco | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa ___ LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/mm/aaaa Nov/25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 110 l/m | F. RESPIRATORIA: 24 r/m | TEMPERATURA: 37.9°c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.2 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0.5mg/kg /V
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 específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien he manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin examenes 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 Mesa Ferro MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; 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, cremas, talcos, aplicación de antipulgas, baños recientes 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 les 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 mencionados.

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:
	1016009342

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/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
1.016.009.342
RINCON BOCANEGRA
MYRIAM MAYERLY


FECHA DE NACIMIENTO 27-ABR-1988
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
10-MAY-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL





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

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

BOGOTÁ

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

ESTÁS INSCRITO EN FACTURA VIRTUAL

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: S3 RUTA: S33717

BIMESTRAL

11276240	17202368910
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
MEYER ALEXANDER LOPEZ MELO

Dirección del predio
CL 148 116 69 BQ 3 CA 3

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 XGNT
Serie 25CT122474
Tipo VOLUMETRO
Diámetro pulgadas 3/4

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

Pago oportuno DIC/26/2025

Suspensión DIC/31/2025

Fecha expedida próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/17/2026	DIC/08/2025 07:02:03	DIC/08/2025 11:47:31

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 ↓

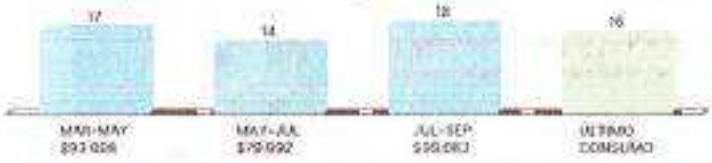
Llámanos **116** Acueducto

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 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 16 m³



En este período consumiste menos agua que en el anterior.

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

En este período	Promedio al día
16.000	262

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	2930	Facturado con	Consumo histórico
Lectura anterior	2914	Base promedio	
Tu consumo este período	16	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	SENT	Tipo	VOLUMEC
Serie	20CT022474	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

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

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros
$47.840,72		$44.197,94		$27.025-
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
Ingresos que la EAAB-ESP reportó a la CRA en el período actual

= **Total a pagar** $65.015

GUDE (Código Único de Documento Electrónico): 14c0f0f2c06ab0c38e7377a6b3276af4dacb13a0f8f5f0fab6f97f0b4927da97efef7338f0adc14338a79f7da6f9bcaac38a6b871b7

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant. x	Valor unitario	x	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa + Cargo)
Cargo fijo residencial (mes)	2,03	$3.785,60		-40		$7.837-	$5.677,37		$11.754,74
Consumo residencial básico (m³)	16,00	$3.758,03		-40		$24.058-	$37.355,41		$36.035,48
Consumo residencial superior básico (m³)									
Cargo fijo no residencial (mes)									
Consumo no residencial (m³)									
Subtotal						$31.895-			$47.840,72

B Alcantarillado

	Cant. x	Valor unitario	x	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa + Cargo)
Cargo fijo residencial (mes)	2,03	$4.656,03		-40		$3.715-	$7.792,68		$5.567,92
Consumo residencial básico (m³)	16,00	$4.621,00		-40		$29.491-	$7.413,19		$36.810,84
Consumo residencial superior básico (m³)									
Cargo fijo no residencial (mes)									
Consumo no residencial (m³)									
Subtotal						$29.400-			$44.197,94

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

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$10,00	$14,34
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$399	$1.629

Mínimo Vital es el beneficio donde el Distrito de Bogotá financia un consumo mínimo de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada período bimestral) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2.

C Otros conceptos

Concepto	Valor
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 por la página web, app y billeteras

Nequi, daviplata, Punto pago, efecty, puntored

Red EAAB: Consulta oficinas y horarios de atención en www.acueducto.com.co/wps/portal/acueducto/

LEA AHÍ SP (disponible para celulares con lector de pantalla): Puede ir a nuestras Sedes de Servicio al Cliente: Av. Villas, Bogotá, Suba, Usaquén y Cra 7

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-0001001-10 EAB-ESP

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$65.015

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Solo copia. Sin el desprendible de pago no se recibirá dinero ni dará información sobre este Acueducto. **(Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red EAAB, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).**

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: 90 (Número de historia clínica) | MICROCHIP: SI 900255003231510 (Nro.) | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES: PROTECCIONISTA: COMUNIDAD: X CALLE:

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Alegria | COLOR: Blanco Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: MESTIZO | EDAD: 1AÑO | PESO: 3.9 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Margarita Baez Aparicio | DIRECCION: Cg 15A 99-34 | TELEFONO: 3202517223

CEDULA: 51890538 | CORREO ELECTRÓNICO: aparicomargarita1968@gmail.com

BARRIO: La Sabana | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 08/25 | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: N/R

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa 09/25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XRACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml	5-3mg/kg IV
	Alegria	0.2 ml	IV.
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento. Anaestesia Ketamina/Xylacina/Alegria

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036 | FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Monsalve 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.

Asimismo, me han explicado los riesgos y complicaciones que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de 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:
Yoguis Bar Gris	5189-538

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 51.890.538
BAEZ APARICIO

APELLIDOS
MARGARITA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1968
SATIVANORTE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-MAY-1986 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.864.001 - 1

Natasha Avendaño Garcia
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 03 RUTA: Q33385 BIMESTRAL

11900714	17201063116
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
FIDUCIARIA DAVIVIEND FIDUCIARI

Dirección del predio
DG 15A 89 34 TO 7 AP 601

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: JANZ Tipo: VELOCISC
Serie: 2010-5696367 Diámetro pulgadas: ½

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

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

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/11/2026	DIC/03/2025 05:52:23	DIC/03/2025 11:45:22

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 ↓

Llámenos 113 Acueducto

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

cadena.

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 22m³



En este período consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período 12.000

Promedio al día 203

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	1350	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1338	Base promedio	
Tu consumo este período	12	Descargue fuente idéntica	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	JANZ	Tipo	VELOCIMÉ
Serie	2010-5886057	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
$38.811,28	+	$34.543,94	+	$27.053-
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 (no cobro de CAAB-ESP hecho a 1 DIA/s en el período actual)

= **Total a pagar** $46.303

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

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Pesos Cobro)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.705,62	-40	$7.837-	$5.877,32	$11.764,34
Consumo residencial básico (m³)	12,00	$3.757,92	-40	$18.035-	$2.254,75	$27.057,84
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$25.872-		$38.811,28

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Pesos Cobro)
	2,00	$4.636,05	-40	$3.709-	$2.782,03	$5.564,10
	12,00	$4.607,82	-40	$22.105-	$2.413,00	$28.956,84
				$23.032-		$34.543,94

* Corresponde a consumos de hasta 15m³ mensuales (22m³ bimestrales). **(+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial; (-) Subsidio: aplica para estratos 1,2 o 3.
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, se agrega un %.

Tasas ambientales

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

	Tasa Uso (Alcantarillado)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$18,47	$64,34
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$222	$772

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$4
Saldo mes. Mes total	$27.057-
Subtotal	27.053-

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 taquillas

Para quienes reciben empleados y corresponsales bancarios autorizados

Red CADE (Cámara de Compensación de Servicios Públicos) RECAUDESP (Red de Recaudo Especializado de Servicios Públicos) Gestión y Soporte Especializado en Recaudo de Servicios Públicos S.A.S.

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$46.303

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DE SERVICIO PÚBLICO No.
Señor usuario: Si usted ya canceló el recibo, haga caso omiso a este y dirija la reclamación, radicada ante Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Efecty y Red CADE. No podrá efectuarse en ventanillas bancarias).

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS
DOMICILIARIOS - NO ES FACTURA DE VENTA - VÁLIDO PARA EL USO DE RESIDUOS

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: 91

MICROCHIP: 900255003231509

FECHA: 15-07-2026.

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Valeria

COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 6M PESO: 2.9 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VACIACION 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: María Mercedes Silva García

DIRECCION: Kr 99 Bis N° 74-05

TELEFONO: 3178490776

CEDULA: 39764025

CORREO ELECTRÓNICO: mercy.garcia.77msg@gmail.com

BARRIO: La Sabana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

HEXAVALENTE: dd/mm/2020 PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/2020 RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/2020 Nov/25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC: 1 seg MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 mL	5-7mg/kg IV
	Diazepan	0,2 mL	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

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

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

FIRMA:

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

FIRMA:

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento 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.

Autorizo la aplicación del microchip de identificación 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 antipolgas, 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:
	59'704.025

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 39.764.025
SILVA GARCIA
APELLIDOS
MARIA MERCEDES
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 17-ENE-1972
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
05-JUN-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

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: Q33363

BIMESTRAL

11523811
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

13184452616
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
CONFORMAR SA

Dirección del predio
KR 99 BIS 14 05 CA 264

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: FLODS DE ACTARIS Tipo: VELOCIDAD
Serie: AYS133622 Diámetro pulgadas ½

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

Pago oportuno DIC/19/2025

Suspensión DIC/24/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/11/2026	DIC/03/2025 05:51:44	DIC/03/2025 11:56:16

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

Aprobado 001304336984. 19/12/25 cadena.

Tu consumo en este periodo

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



En este periodo consumiste más agua que en el anterior

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

En este periodo	Promedio al día
17.000	288

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	1307	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1295	Base promedio	
Tu consumo este periodo	17	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadores	

Datos de tu medidor

Marca	FLODIS DE ACTARIS	Tipo	VELOCIDAD
Serie	A015133823	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 periodo

Acueducto $50.084,88 (A) + Alcantarillado $46.610,04 (B) + Otros cobros $27.043- (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 = **Total a pagar** $69.653

CUDC (Código Único de Documento Electrónico): b0085de1615f0ddd5f2722234f8da6c6aa1b7df38fe8c8bb8f865c2810024442c0e3d6326fe1cae41d80b1f94b4f8eec2c56

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 (***)	3,00	$9.795,92	-60	$7.837-	$5.877,37	$11.754,74
Consumo residencial básico (m³)	17,00	$3.767,92	-60	$25.554-	$2.254,75	$38.330,64
Consumo residencial superior básico (m³)	-					
Cargo fijo no residencial (***)	-					
Consumo no residencial (m³)	-					
Subtotal				$33.391-		$50.085,38

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
	2,00	$4.666,09	-60	$3.735-	$2.793,63	$5.587,27
	17,00	$4.021,82	-60	$27.348-	$2.418,09	$41.092,04
	-					
	-					
	-				$31.083-	$46.679,31

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

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico, con el de vert.

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$10,47	$84,35
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$214	$1.914

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 937 de 2024).

C Otros conceptos

Concepto	Valor
(-)ajuste a la decena	$4
(-)gas. adm. vital total	$27.057-
(+)intereses de mora	$10
Subtotal	27.043-

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: Nequi, Daviplata, Dale, Tuya, RappiPay, Claro pay, Punto pago, Efecty, puntored

Red CADE: Consulta directorio y horarios en www.bogota.gov.co/cade. La CADE CDP está en convenio con los siguientes bancos: Popular, Occidente, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Av Villas, Bancolombia, Davivienda, BBVA, Itaú, Agrario.

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$69.653

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO
FACTURA DEL SERVICIO PUBLICO No.
Señor cajero: Si se ha desprendido de este espacio sello y valor de factura.
Solo recibe Acueducto. (Este pago no podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, recaudo disponible en supermercados nacionales).

33110

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS * 1800 502 10 15 ESP

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

Expiry-Date:2030/09/02
900255003231520

HISTORIA CLÍNICA Nº: 92 | MICROCHIP: SI | FECHA: 15-01-2026.

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE:

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lupita | COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 8 M | PESO: 2,9 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Lizet Gabriela Espitia Morales | DIRECCION: Cl 16 H Bis 77A 33 | TELEFONO: 3247753564

CEDULA: 1024477107 | CORREO ELECTRÓNICO: espitiamorales9125@gmail.com.

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

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa | PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa | PARAINFLUENZA Y BORDETELIA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:
TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa 09/25.

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml	IV.
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

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

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

FOUTIRON

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.

Además, he sido informado(a) de que durante el procedimiento pueden presentarse algunas complicaciones que pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antibióticos, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X___ o **RECHAZO**_____ **la declinación de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual 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 quirúrgico 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:
	1024477107

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 1.024.477.107



Apellidos
ESPITIA MORALES

Nombres
LIZET GABRIELA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.55

Sexo
F

Fecha de nacimiento
22 OCT 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
01 NOV 2023, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de vencimiento
01 NOV 2033

03M005505

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0328035050150011<<<<<<<<<<<
0510224F3311019COL1024477107<6
ESPITIA<MORALES<<LIZET<GABRIEL

enel Bogotá

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

0406235-5

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 378202952-0

MARIA NELLY RODRIGUEZ DE MIGO
CL 16 H BIS NO 112 A 33 PI 1
BOGOTA, D.C. - EL CARMEN PONTIBON

17 322 7711 | 639508

Activa

Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
34	30	28	30	31	41	37

VALOR KWh APLICADO: $900,00

CONSUMO DIARIO: 2,80 kWh

VALOR DIARIO: $1.032

PERIODO FACTURADO: 21 NOV 2025 A 20 DIC 2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 72 kWh



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,80
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	
RUTA LECTURA:	
MANZANA DE LECTURA:	
MEDIDOR No.	
SUBCLASE:	Básica

Medidor Inteligente

Puntos de Atención Presencial

PUNTOS DE ATENCIÓN PRESENCIAL

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P.	BV 4 No. 004-00
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 20
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 9 # 6-24 Local 103-104

Línea de servicio al cliente 115

Formas de pago

Puntos de Recaudo

Corresponsales Bancarios

Pagos Virtuales

Canales de Servicio

Código QR

Alternativas de Cobro

COMPONENTES TARIFARIOS | Componentes del costo

Ver más información

En cada factura verá un concepto adicional que corresponde a un valor no facturado en periodos anteriores, el cual refleja sobre el consumo de los últimos 5 meses, por esta única vez y de ahora en adelante los consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art 150).

FECHA GENERACIÓN: 20/12/2025 00:36:58
FECHA EXPEDICIÓN: 20/12/2025 11:50:35

Cuida el medio ambiente, no imprimas este documento.

$49.180 + $0 + $28.710 = $77.890

08 ENE /2026

13 ENE/2026

0406235-5

21 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $49.890

MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA $954
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA $-59
SUBTOTAL: $895

$49.180

$0

Ciudad Limpia

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

3

830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO: 10463541

No. DE SUSCRIPTOR:

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.: 3784329582-8

30

PERIODO DE FACTURACIÓN: 19.11.2025 a 18.12.2025

28400 28102 28810 29010 28910 28808
22.379
14.918
7.457
0
Jun Jul Ago Sep Oct Nov

DATOS DEL INMUEBLE

TIPO PRODUCCIÓN: Residencial

SUSCRIPTORES	Grupo Ahs	Subsidiados
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTO M/O TOTAL: $18.092,49

COSTO M/O NO APROVECHABLE: $8.046,30

PAGO BASE APROVECHABLE: $154.690,38

BARRIDO:	0.00316426
LIMPIEZA URBANA:	0.00130599
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00901937
EFECTIVAMENTE APROVECHADOS:	0.05952574
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
APROVECHAMIENTO:	0.00

CONCEPTO

ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREC

VALOR
$53.781
$-5.957
$-4

MESES EN MORA: 0

$38.710

APORTE NO RESIDENCIAL: 0%
APORTE RESIDENCIAL: 6%
SUBSIDIO: 53%

VR CONCEPTOS DE ESTA TOTAL: 38.710,00

NÚMERO DE CLIENTE
0406235-5

Documento Equivalente Electrónico No.
3784329582-8

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$77.890

FONTIBON | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: 93

MICROCHIP: 900255003231984

FECHA: 15-07-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LuLu

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 1 AÑO COLOR: Blanco / amarillo

PESO: 3.5 Kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Maria Cordoba Araque

DIRECCION: Cl 223 N 121-40

TELEFONO: 3046128440

CEDULA: 35 336 326

CORREO ELECTRÓNICO: anamariacordobaraque@gmail.com

BARRIO: Aldea

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa Enero 26

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

ULT. VACUNACION: NS/NR:

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

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa 5ct/25 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 5ct/25

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °C TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	Atropina	0,2 ml	
	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 he manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento anestésico propuesto.

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

FIRMA:

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

FIRMA:

FONTIBON | 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: paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Ver manual [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:
Tina Patricia Cordoba	35336326

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 **35.336.326**
CORDOBA ARAQUE

APELLIDOS
AURA MARIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-JUL-1958**
ESPINAL
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-MAR-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



A-1500800-00758526-F-0035036348-20151009 0047237107A 2 1420051491

FACTURA EN LÍNEA



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

vanti



Agenda y certifica tu **Revisión Periódica Obligatoria de gas** antes del **28 de enero con precio de 2025**

¡Ahórrate el incremento de tarifa del 2026!

Publicidad a cargo de las empresas que conforman el Grupo Vanti. Campaña válida entre el 15/12/2025 y 28/01/2026. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Puedes agendar tu revisión con cualquier empresa de inspección acreditada ante la CREG. Ver Tyc en www.grupovanti.com/RPO

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Banco Falabella · Banco Pichincha · Nequi · 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, éste debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

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

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

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

Se le advierte al usuario que, bajo ninguna circunstancia, el cobro de cualquier concepto diferente a los incluidos en esta factura, como el pago de cualquier tipo de comisión, deberá ser realizado a la empresa o persona que actúe en representación de Servicios Públicos Domiciliarios. Cualquier cobro diferente a los incluidos en esta factura, como el pago de comisiones, deberá ser realizado por el usuario en el momento de efectuar el pago oportuno. Para reclamar el reintegro de lo pagado en exceso, el usuario deberá acudir ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se efectuó el pago en exceso, de lo contrario prescribirá su derecho a reclamar. Sobre el consumo facturado, el usuario cuenta con dos oportunidades de reclamo en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso de la que le resulte más cómoda.

CANALES SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 830.095.672-8

¡Hola!

AURA MARIA CORDOBA
CL 22J 121 40 02 - BRISAS ALDEA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120230003871407

Lote: P17GN **Ruta:** 001101007301000S200 **Código del Sector:** 329

Cuenta o referencia de pago 62298775

vanti listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti

¡TU COMPRA EMPIEZA escaneando el QR!



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

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

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

001101007301000S200 329

Factura de gas **Diciembre 2025**

Cuenta o referencia de pago **62298775**

CUENTA EN MORA

vanti

Fechas importantes

1 — Pagó oportuno: PAGO INMEDIATO

2 — Fecha de suspensión: INMEDIATO

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

1 — Total $0,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

3 — Valor facturas vencidas

$55.625,00

Total a pagar (1 + 2 + 3)

$55.625,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat.Dos — Días de consumo 27

Fecha	Lectura	Tipo
24 Nov. 2025	204	REAL
20 Dic. 2025	204	REAL

m³ corregido= 204 - 204 * Factor de corrección = 0

Tu próxima lectura será

Entre 19 y el 24 de Enero

Novedades de tu factura

Cuota $ 2570.58

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Jun. 2028

La omisión de la inclusión implica su responsabilidad y dolo realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2017 y 41.195 de 2017

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Cm: 1284.73 Tm: 982.57 Dm: 588.11 Cm: 0.0
P: 65.69 Cvm: 0.0 Cvfm: 0.0 Cvcm: 0.0
Ccm: 0.0 Ajuste: -62.512 DAUR: 0.0 DAUNR 0.0

kWh/Tu consumo en m³ de gas equivale: 0
kWh y el precio unitario del kWh es $0.0

Factor de corrección

Vm: 0 Kp: 0.76160 Kt: 1.00634 Pc: 0.77253
Vc: 0 Tm: 13.74 Tc: 15.56 Pe: 1.01000
Pv: 0.792 Fm: 0.0034 Fgv: 1.0
Factor de corrección: 0.77253

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IRS: 100.0





(415)7709998029025(8020)62298775(3900)000000000055625

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: 94 (Número de historia clínica)
MICROCHIP: SI / NO: 900255003231982
FECHA: 15-01-2026
ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD Y CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LuLu
COLOR: Pardo / Blanco
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO
RAZA: Mestizo EDAD: 4M PESO: 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: Jenny Marcela Santamaria
DIRECCION: Cl 23 N 128-35
TELEFONO: 3005579676
CEDULA: 1076021754
CORREO ELECTRONICO: marcelasanta26@gmail.com
BARRIO: Brisas ESTRATO: 2
LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: octavo
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 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: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m
F. RESPIRATORIA: 23 r/m
TEMPERATURA: 38 °C
TLLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosas
OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml	N/A
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 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 Mercedes Diaz
Médica Veterinaria
Universidad U.D.C.A.
M.P. 45036
FIRMA:

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

FONTIBÓN

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 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 anestésicas 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:
Jenny Marcela santafaria	1016021159

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 1.016.021.754
SANTAMARIA CASTILLO
APELLIDOS
JENNY MARCELA
NOMBRES

Jenny M Santamaria
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 25-AGO-1989
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-NOV-2007 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00204579 F 1016021754 20110317 0025140011A 1 3692114

vanti

Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.

Medidor Gas No. 3037101-117740

¡Hola!

MARIA ISABEL CASTILLO

CL 23 128 35 - BRISAS ALDEA

BOGOTA

Lote: PITGN Ruta: 001010060410005000 Codigo del Sector: 329

Cuenta o referencia de pago **61821397**

TU CUPO VANTI LISTO

APROBADO ES:

vanti

vanti

Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.

Cupo hasta de

$6'000.000

en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.

Extracupo hasta de

$6'000.000

exclusivo para motos.

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

Sin trámites Sin papeleo Sin sobrecostos

Aplica términos y condiciones

Comunícate con nosotros y solucionaremos tus inquietudes

Línea gratuita desde celular

#523 OPCIÓN 1

Línea nacional gratuita desde fijo

01 8000 11 52 33 OPCIÓN 2

Call Center Bogotá

(601) 317 5670 OPCIÓN 3

Línea de atención 24 horas Bogotá

(601) 345 0188

MÁS INFORMACIÓN >

CABLEAS DE

LA FE

CORSERPARK

Con usted en los momentos difíciles

SÍGUENOS

Descarga el código QR, escanea en el formulario y celebra el ahorro, así como desde el portal web

ESPERA TU **FACTURA EN LÍNEA** A TRAVÉS DE

Paga y empieza a ahorrar en papel

Pagos electrónicos en otros entidades

Redeban BBVA Bancolombia Nequi dale!

Contáctanos, Barrio Quinindé, Bogotá, Centros Superiores, Metro, Juntas, Bolsa

Línea gratuita nacional 018000 115233

Bogotá (601) 3175670

Línea de atención 24 horas Bogotá (601) 3450188

Vanti S.A. ESP

Más formas de avanzar

Medidor Gas No. 3037101-117740

Lote: PITGN Ruta: 001010060410005000 Codigo del Sector: 329

Cuenta o referencia de pago 61821397

MARIA ISABEL CASTILLO

CL 23 128 35 - BRISAS ALDEA

BOGOTA

¡Hola!

TU CUPO VANTI LISTO

APROBADO ES:

Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.

Cupo hasta de $6'000.000 en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.

Extracupo hasta de $6'000.000 exclusivo para motos.

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

Sin trámites Sin papeleo Sin sobrecostos

Aplica términos y condiciones

Comunícate con nosotros y solucionaremos tus inquietudes

ESPERA TU FACTURA EN LÍNEA A TRAVÉS DE

Descarga el código QR, escanea en el formulario y celebra el ahorro, así como desde el portal web

Paga y empieza a ahorrar en papel

Pagos electrónicos en otros entidades

Redeban BBVA Bancolombia Nequi dale!

Contáctanos, Barrio Quinindé, Bogotá, Centros Superiores, Metro, Juntas, Bolsa

Línea gratuita nacional 018000 115233

Bogotá (601) 3175670

Línea de atención 24 horas Bogotá (601) 3450188

CABLEAS DE LA FE

CORSERPARK

Con usted en los momentos difíciles

SÍGUENOS

MÁS INFORMACIÓN >

Línea gratuita desde celular #523 OPCIÓN 1

Línea nacional gratuita desde fijo 01 8000 11 52 33 OPCIÓN 2

Call Center Bogotá (601) 317 5670 OPCIÓN 3

Línea de atención 24 horas Bogotá (601) 345 0188

11 Dic. 2025

25 Nov. 2025

25 Feb. 2030

Tarifas

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad / Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA (%)	Subtotal ($)
	30kWh		0,00	
	0,5		0,00	
	0,5		0,00	
	0,5		0,00	
	1		0,00	
	0		0,00	
	0		0,00	
	0		0,00	
	0,5		0,00	
	0,5		0,00	
	0,5		0,00	

PAGADO

Total $215.641,00

Tus financiaciones

Tipo de ingreso/Concepto	Cuota N°	Capital (A)	Interés ($)	Subtotal ($)

Datos de medición

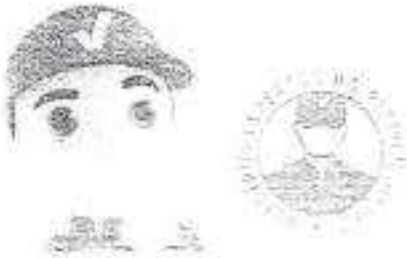
Fecha	Lectura	Tipo
10 Oct. 2025	4605	REAL
24 Nov. 2025	4730	REAL

Tu próxima lectura será

Entre 17 y el 22 de Diciembre

Novedades de tu factura

Comentarios del factura



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 NC Número de Historia clínica: 95

Expiry Date: 2030/09/02
900255003219450

NO Número de Microchip:

FECHA: 15-01-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CAIBE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: FISIS

COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mest 120 EDAD: 3A PESO: 3.6 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Erika Paola Dueñas Rodriguez

DIRECCION: KR 111A 20B 60

TELEFONO: 3143273098

CEDULA: 1016050350

CORREO ELECTRONICO: Felipeyerika43@gmail.com

BARRIO: Belen

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: ___

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa No reporta

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Jul/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: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °C TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: /

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A MP 45036

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Alonso MÉDICA VETERINARIA T.P. 214-19

FIRMA:

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En plena 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 de microchip y entiendo los beneficios que trae consigo. Reconozco que existen algunos 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 bolígrafos, 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 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 aclarados 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:
Carlos Díaz R.	1016050350

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 1.016.050.350
DUEÑAS RODRIGUEZ
APELLIDOS
ERIKA PAOLA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-OCT-1992
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 A- F
ESTATURA G.S. RH SEXO
17-NOV-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - E.S.P.
NIT 899.999.094 - 1

Natasha Avendaño García
Secretaria General

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: S3 RUTA: S33693

BIMESTRAL

10836292
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17202345116
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
LUZ M RODRIGUEZ

Dirección del predio
KR 111A 20B 60

Barrio: BELEN Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

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

Datos de tu medidor
Marca SENSUS Tipo VELOCIMETRICO
Serie 16-55934647 Diámetro pulgadas ½

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

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

Fecha estimada de reparto	Fecha para pago oportuno factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/17/2026	DIC/06/2025 07:01:26	DIC/08/2025 11:55:01

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 ↓

Tu consumo en este periodo

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 39 m³



En este periodo consumiste más agua que en el anterior

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

En este periodo 46.000

Promedio al día 754

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	2324	Facturado con:	Consumo Normal
Lectura anterior	2348	Base promedio	
Tu consumo este periodo	46	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	SENSUS	Tipo	VELOCIMETRICO
Serie	16-15884647	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
$163.630,62		$165.174,64		$163
A		B		C D E F

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

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del periodo = **Total a pagar** $328.970

Código (código Único de Descuento Electrónico): 00c2c33c80120039e2c500c47098ee593ae0e0497440c192a8b4ddd7f5b09fd6ca1c0e1c0120252c0fe1f9281861dd0f0e

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 acueducto (m³)	2,00	$3.780,82	-15	$2.909-	$8.320,28	$16.952,24
Consumo residencial básico (m³)	46,00	$3.259,03	-15	$25.937-	$3.795,78	$148.978,38
Consumo residencial básico Subsidio (m³)						
Cargo fijo acueducto (m³)						
Consumo complementario (m³)						
Subtotal				**$28.846-**		**$165.930,62**

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo alcantarillado (m³)	2,00	$4.656,05	-15	$1.397-	$9.307,84	$7.915,10
Consumo residencial básico (m³)	46,00	$4.021,59	-15	$27.752-	$3.419,68	$157.259,54
Consumo residencial básico Subsidio (m³)						
Cargo fijo alcantarillado (m³)						
Consumo complementario (m³)						
Subtotal				**$29.149-**		**$165.174,64**

* Corresponde a consumos de hasta 15m³ mensuales (22m³ bimestrales). **(+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1,2 o 3.
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, se agrega un %.

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior básico.

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$26,26	$91,15
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$1.212	$4.206

El Mínimo Vital es un beneficio social que le brinda a los Bogotanos de bajo estrato económico de hasta 15 m³ mensuales (22 m³ por cada periodo facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. Acuerdo 927 de 2024

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$1
Intereses de mora	$780
Subtotal	$781

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 aliados:

Para cuentas empresariales consultar a convenios autorizados

Red GAB: Consultas, retiros y avances en cajeros automáticos

Acueducto y Alcantarillado

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO
FACTURA DEL SERVICIO PUBLICO No.

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: 96

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003219166

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kimi

COLOR: Gris/Blanco

ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO__ RAZA: Mestizo EDAD: 7M PESO: 2.7 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI__ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X

TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO__ CONCENTRADO__ MIXTO X_ OTRO

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO__ COMPRADO__ ADOPTADO X REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alison Nicolk Sanchez Chavarro

DIRECCION: Dg 76B 704-23

TELEFONO: 3113652357

CEDULA: 1016011818

CORREO ELECTRÓNICO: camilogomez14@gmail.com

BARRIO: Villa Carmenza

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR:

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

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

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 M E CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Angela Mercedes Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Munoz Rivera MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41443	FIRMA

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento 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:
NICOLE AC.	1016011818

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 DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

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


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.016.011.818
Apellidos
SANCHEZ CHAVARRO
Nombres
ALISON NICOLE
Nacionalidad
COL
Estatura
1.56
Sexo
F
Fecha de nacimiento
21 AGO 2006
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
Fecha y lugar de expedición
21 AGO 2024 BOGOTA D.C.
Firma
NICOLE SC.
Fecha de expiración
21 AGO 2034


.OD
053027315
REGISTRADOR NACIONAL
ICCOL0530273150150001<<<<<<<<<<<
0608211F3408216COL1016011818<2
SANCHEZ<CHAVARRO<<ALISON<NICOL

143

FACTURA EN LÍNEA



Escanea el código QR incluido en el formulario y empieza a recibir tu factura desde el próximo mes.

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

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 a varios cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Baú · Bancolombia · BBVA · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivalores · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático

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

Puntos Presenciales

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

*Si cancelas con cheque, 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 sola para emergencias
Atención todos los días las 24 horas

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.094.434-4

¡Hola!

RAMON SALINAS
DG 16B 104 23 107 00303 - VILLA CARMENZA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097187-180352

Lote: PISCN Ruta: 0011020210300005950 Código del Sector: 324

Cuenta o referencia de pago **60593340**

vanti Listo

Compra televisor, celular, ropa, mueble y mucho más, y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

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



vanti Listo

Participa y gana uno de los
50 BONOS DE $1.000.000
por compras iguales o superiores a $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

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 3 p.m.

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8122
Sucursales (607) 685 4765

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea

Factura de gas

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago: 60593340

BOGOTÁ

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno: 07 Ene. 2026	Fecha de suspensión: 08 Ene. 2026	Periodo facturado: Nov. - Dic. 2025	Emisión de tu factura: 19 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	7M3	2.500,50	0,00	17.003,50
FIJO	1UN	4.182,00	0,00	4.182,00
AJUSTE DECENA	1UN	4,50	0,00	4,50

1 Total $22.190,00

Tus financiaciones

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

2 Total $0,00

3 Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $22.190,00

Paga por

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat.Tnco — Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
18 Nov. 2025	3498	REAL
16 Dic. 2025	3507	REAL

m³ corregidos: 3507 - 3498 * Factor de corrección = 7

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

30 Sep. 2027

Agenda yo 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

Gen Cgo 73 Trn 540,57 Dist 638,11 Com 47,00
PC 44,88 Cmc 0,0 Cuc 41,00 Com 2%
Com 0,0 Fcom 52,312 Otros 0,0 Subsidio -42

Mj/m³ (Tu consumo en m³ de este periodo: 63
kWh y el precio unitario del kWh es: $40,775

Factor de corrección

Gen 0 Xp 0,70764 Xc 1,00824 Pc 0,77253
Vtl 7 Trn 13,74 Tc 10,00 Pk 1,64206
Pc 0,752 Dm 0,0000 Pper 1,0
Factor de corrección: 0,77253

Indicadores de calidad

DIST 100,0 SCS 0,0 AS 100,0 PTR 100,0



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: 97 (Número de historia clínica)

MICROCHIP: SI Expiry-Date:2030/09/02 900255003234136

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Michi

COLOR: atigrada gris

ESPECIE: CANINO ___ /FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA Mestizo EDAD 4A PESO 2.7 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Evelyn Tatiana Daza Silva

DIRECCION: DG 16B # 104-29

TELEFONO: 3023700692

CEDULA: 1054 802510

CORREO ELECTRONICO: tatoohaivan 1995 @ gmail.com

BARRIO: ESTRATO: LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa Sept/23 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa Sept/23 RABIA: dd/mm/aaaa Sept/23

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,03 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 Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa Forero MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41141

FIRMA:

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizarle 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:
Tatiana Cano	1084800810

Yo, _____ identificada 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 1.054.802.510



Apellidos
DAZA SILVA

Nombres
EVELYN TATIANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.73

Sexo
F

Fecha de nacimiento
15 MAYO 1995

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
TIBANA (BOYACA)

Fecha y lugar de expedición
30 MAYO 2013, TIBANA

Fecha de expiración
12 MAR 2035

Firma
tatiana Daza

CO

077048451

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL077048451207304<<<<<<<<<<<
9505151F3503122COL1054802510<4
DAZA<SILVA<<EVELYN<TATIANA<<<<

143

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



FACTURA EN LÍNEA

Tan fácil y seguro que no pagarla.

Mundo digital Vanti

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

PSE Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda con puedes pagar las facturas de una o varias cuentas contrato en solo una transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban Baloto Bancolombia BBVA Bancolombia Bancolombia Banco Falabella Banco Pichincha Banco Caja Social Nequi Davivienda Daviplata Efecty dale!

Permite adicionalmente inscripción a débito automático

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo - Móvil: 164 ó 01 8000 519 052
01 8000 181 164

Atención presencial
Ingresa a www.grupovanti.com y conoce las sedes para agendar tu cita

¡Hola!

RAMON SALINAS
DG 16B 104 23 107 00000 - VILLA CARMENZA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097197-180352

Lote: P19GN Ruta: 001102021030000850 Código del Sector: 324

Cuenta o referencia de pago **60593340**

vanti Listo

Compra televisores, celulares, gas, moto y mucho más y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

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



vanti Listo

Participa y gana uno de los
50 BONOS DE $1.000.000
por compras iguales o superiores a $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

K-TRONIX Bata

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Línea gratuita 01 8000 942 784
Bogotá (601) 307 8121
Barrancabermeja (607) 625 4710

Atención virtual
Línea de WhatsApp 315 410 4164

Factura de gas

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago: 60593340

BOGOTA

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

vanti

más formas de avanz

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1. Pago oportuno: 07 Ene. 2026
2. Fecha de suspensión: 08 Ene. 2026
3. Periodo facturado: Nov. - Dic. 2025
4. Emisión de tu factura: 16 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	7M3	2.470,50	0,00	17.293,50
FIJO	1UN	4.882,00	0,00	4.882,00
AJUSTE DECENA	0,01	4,50	0,00	4,50

1 - Total $22.180,00

Tus financiaciones

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

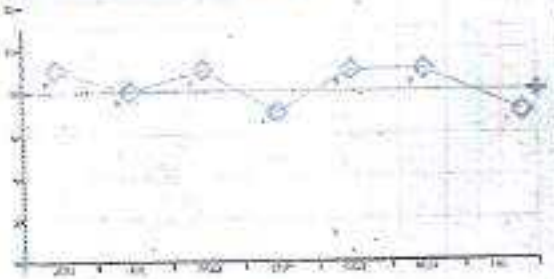
2 - Total $0,00

1 + 2 Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 = 3 $22.180,00

Pago por

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat. Tarifa — Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
18 Nov. 2025	3498	REAL
16 Dic. 2025	3507	REAL

m³ consumo= 3507 - 3498 * Factor de corrección = 7

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

30 Sep. 2027

La revisión de la instalación interna es la responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en cumplimiento de la(s) Resolución(es) CREG No. 067 de 2013 y 41 de 2017

Agenda y tu RPO aq

Tarifas

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

Sep. $2719 Oct. $2749 Nov. $2742

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

Componentes tarifarios

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 N°: 98 | Expiry-Date:2030/09/02 | 900255003219446 | SI ( ) NO | Número de Microchip | FECHA: 15-01-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Princesa | COLOR: Pardo gris

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 4m | PESO: 19 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO Nacida en Casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Elisa Pineda | DIRECCION: CL 14B NO 119A-76 | TELEFONO: 3115201795

CEDULA: 27.981.196 | CORREO ELECTRÓNICO: 3115201795@sincorreo.com

BARRIO: Armario | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NO reporta | 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: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.25 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.2 ml	IV.
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST-OPERATORIO	PEN (S.P.E.)	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 específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su: ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento y exámenes prequirúrgicos.

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

[illegible] pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además es posible infección/ve el área por el uno posterior de lesiones, abscesos, calvas, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que lesten 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 contraverción 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:
P. HEDA	27981796

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 27.981.196
PINEDA
MARIA ELISA
marisa pineda
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 28-AGO-1951
MONQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.45
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
18-ENE-1974 BARBOSA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

enel Bogotá

4469491-8

ALIANZA FIDUCIARIA SA
CL 14 B NO 1 18 A 75 BQ 2 IN APTO 2A AP 1202
ARMARIO
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO I

16 347 2092 / 126000

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

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa

VALOR kWh APLICADO	$528.56
CONSUMO DIARIO	5.67 kWh
VALOR DIARIO:	$2.995

May Jun Jul Ago Sep Oct Nov

PERIODO FACTURADO: 21 OCT 2005 A 19 NOV 2005 | DIAS FACTURADOS: 30 | CONSUMO 850 kWh

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	4
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	
RUTA LECTURA:	
MANZANA DE LECTURA:	
MEDIDOR NO:	
BARCLAVE:	

CONTRATANTES

Bogotá Sabana y Cundinamarca
601 6 106 116

116

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 116

COMO PAGAR TU FACTURA

Medios virtuales de Pago

Bancos Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Baloto

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

FECHA GENERACIÓN
04/11/2005 01:31:07
FECHA EXPEDICIÓN
04/11/2005 15:00:22

$80.930 + $0 + $22.890 = $103.820

PAGO OPORTUNO
03 DIC /2025
FECHA DE SUSPENSIÓN
05 DIC /2025

ENERGÍA

4469491-8

19 DIC /2025

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

SUBTOTAL: $80.930

Otros cobros y abonos a terceros

Otros cobros y abonos de productos y servicios

enel x

1 TOTAL ENERGÍA $80.930

2 TOTAL OTROS $0

ASEO

Ciudad Limpia

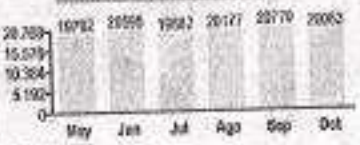
PRESTADOR: CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P

ASEO 3 NIT 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	12174285	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	374733639-9	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	18.10.2025 a 18.11.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



DATOS DEL USUARIO

USO O DESTINACIÓN: Residencial

UNIDADES	Desocupados	Desocupados
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS PRESTACIÓN

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR DE LO APROVECHABLE:
$18.035,57	$8.659,76	$154.680,86

TARIFAS POR SUSCRIPCIÓN

BARRIDO:	0.00246429
LIMPIEZA URBANA:	0.00133599
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001407
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.05030491
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.00
APOYO NO APROVECHABLE:	0.00

CARGOS

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$18.810
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-13.920
ASEO - AJUSTE A LA DECENA $100	$0
ASEO - REFACTURACION APROVECHA	$1.695

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO $22.890

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

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 22.890,00

NÚMERO DE CLIENTE
4469491-8

Documento Equivalente Electrónico No.
374733639-9

PAGO OPORTUNO
03 DIC /2025

TOTAL A PAGAR
$103.820

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°: 99 | Expiry Date: 2030/09/02 900255003234792 | NO. Número de Historia Clínica | FECHA: 15/01/26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | CONTROL | CALLE X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ambar | COLOR: Blanco con negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 13m | 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 X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ 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 ELECTRONICO: Freddyrc2039@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 reporta | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Sep/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 CLINICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38 °C | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5-7mg/kg IV
	0,2 Mg/Kg	0,2 ml.	IV.
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PCN (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 quirúrgico.

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

SOMTIRON

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 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:
Jory Romero	1016029327

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 1.016.026.537
ROMERO AGUILERA

APELLIDOS
YURY ANDREA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 31-JUL-1990
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-AGO-2008 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

SOLICITA TU
FACTURA-EN-LÍNEA-
Y PÁSALA A TRAVÉS DE:



Escanea el código QR, envíanos un correo y empieza a recibir tu factura desde el próximo mes.

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU
FACTURA-EN-LÍNEA-
Y PÁSALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil tenerla.

Tan fácil y porque así es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda · Bogotá · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

CASUAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT 805.016.813-8 3046070826(N VANTI)

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

MARIO ROMERO
KR 97B 20 55 - VILLEMAR
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097197-192628

Lote: P13GN Ruta: 0011020033520006000 Código del Sector: 322

Cuenta o referencia de pago **60637930**

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: **$ 5.300.000**



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

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
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea
https://migrupovanti.com/

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

302 0011020033520006000 F13GN 452 C1

Factura de gas

Bimestre 2026

Cuenta o referencia de pago 60637930

BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar

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	30M3	2.570,50	0,00	77.115,00
FIJO	1UN	4.182,00	0,00	4.182,00
AJUSTE DECENA	1UN	3,00	0,00	3,00
RECAUDO TERCEROS Póliza PYMES SBS	0	14.534,00	0,00	14.534,00
RECAUDO TERCEROS Gasespark Preo	0	57.974,00	0,00	57.974,00
RECAUDO TERCEROS Seguro Nuevo Cánc	0	10.092,00	0,00	10.092,00
Vanti Más Amigos	1UN	11.294,12	2.145,88	13.440,00

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

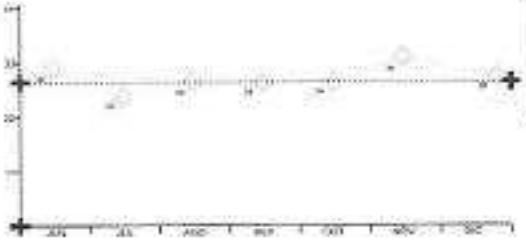
Total a pagar 1 + 2 + 3

$177.340,0

Paga por

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	777	REAL
16 Dic. 2025	816	REAL

m³ corregido= 816 - 777 * Factor de corrección = 30

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

30 Abr. 2030

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas está mas es de $2571

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

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

Componentes tarifarios

Cm: 1324,73 Tm: 682,60 Dm: 586,11 Cm: 29,70 $

Pr: 58,09 Cvom: 0,0 Cu(m³): 4.182,0 Cuom: 2570,5

Com: 0,0 Tpom: 12.512 DM(P): 0,0 DM(NR): 0,0

M(e/f) Tu consumo en m³ de gas equivale: 364

kWh y el precio unitario del kWh es: $229,653

Factor de corrección

Vm: 29 Pz: 3,79389 Pt: 1,04834 Pi: 0,77203

Vc: 30 Pm: 13,76 Tz: 15,56 Pc: 1,01308

Pa: 0,000 Pm: 0,5224 PTgv: 1,0

Factor de corrección: 0,77203

Indicadores de calidad

PST: 100,0 DDG:0,0 ID: 100,0 IPS: 100,0



(415)7709998026035(8020)60637930(3900)0000000177340

Factura No. F1987261190

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°: 100 (Número de Historia Clínica) | Expiry-Date:2030/09/02 900255003234799 | NO 6 (Número de Atención) | FECHA: 15/01/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Celeste | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 6m | PESO: 3.1 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 ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gerardo Arraza | DIRECCION: Cl 16H 93-60 | TELEFONO: 3219141098

CEDULA: 19.328.235 | CORREO ELECTRÓNICO: Jerardcarraz@gmail.com

BARRIO: El Carmen | 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 Reporta | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: OCT-25

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: OCT/25 | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN 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: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 mL	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	03 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	012 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 Mercedes Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036 | FIRMA: Angela Mercedes Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Munoz 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 Ovariohistertomia/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.

[illegible] pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antibióticos, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 3 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:
	C 1932873 BTA

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.328.235
ARIZA

APELLIDOS
GERARDO

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-1957
GUAVATA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

19-MAY-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



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: 03 RUTA: 033351

BIMESTRAL

10320232
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17200942419
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 próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/11/2026	DIC/03/2025 05:49:04	DIC/03/2025 11:34:53

¡Hola!

Factura a nombre de
VERONICA ARIZA

Dirección del predio
CL 18H 98 60

Barrio: EL CARMEN 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 ITRON DE ACTARIS Tipo VELO01572
Serie A10528660I Diámetro pulgadas ½

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

20957 139543 68966

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: 101

900255003231127

NO recibo:

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milu.

COLOR: Calico.

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___ RAZA: Mestizo EDAD: 9m PESO: 2.5 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO___ OTRO___

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Lucia Sanabria Salcedo

DIRECCION: Kra 104 No 13d 77

TELEFONO: 3115679162

CEDULA: 35496454

CORREO ELECTRÓNICO: luciasanabria717@gmail.com

BARRIO: Sabana grande ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Primaria NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 10-2025

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 145 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38.2°C TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.2 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml	2mg/kg IV

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiologo), suscribo este documento como constancia de haber conducido 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 ACEPTACIÓN X RECHAZO___ para la realización del procedimiento sin reproche por parte

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 Munoz Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441

FIRMA:

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X___ o **RECHAZO**_____ **la declinación de la realiración 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:
Ana Lucia Sanabria	35 496 454

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

NÚMERO 35.496.454
SANABRIA SALCEDO
APELLIDOS
ANA LUCIA
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-1960
CHOCONTA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
26-NOV-1978 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. ESP.
NIT 860063875-6
Calle 99 No. 13 - 45 Piso 1

2073409-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 376850100-0

ANA LUCIA SANABRIA SALCEDO
KR 104 NO 13 D 77 CA 248
SABANAGRANDE 1 CA 248
BOGOTA, D.D. - SABANA GRANDE

18 916 1743 / 19491 835





INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	
ESTRATO:	Residencial
CARGA kW:	2
FACTOR:	6,04
RUTA REPARTO:	1
RUTA LECTURA:	
MANZANA DE LECTURA:	
MEDIDOR NO:	
SUBCLASE:	Basica







PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A. E.S.P.
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.
ATESA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del cobro

En este factura vas un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y no afecta los consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art 134).

FECHA GENERACIÓN
22/12/2025 01:15:34
FECHA EXPEDICIÓN
22/12/2025 14:51:08

180 / 181

$98.320 + $0 + $20.430 = $116.750

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
13 ENE/2026

ENERGÍA — 2073409-9 — 22 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $95.789

Ajustes a la decena — $-4
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA — $7567
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA — $-7567
SUBTOTAL: $0

$98.320

$0

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

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	11263312	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	378550108-0	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	21.11.2025 a 20.12.2026	

Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
20649	19990	20591	21130	20986	21312

21.312 / 15.980 / 10.649 / 5.328 / 0

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$34.045
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-13.618
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEB	$0

DATOS DEL USUARIO

TIPO INMUEBLE: Multifamiliar Residencial

VOLUMEN: 0.1405 — SUBSIDIO: 0

DIVERSAD: 0.04 — PERC INCREMENTO: 0

% INCREMENTO: 0.00% — PERC SUBSIDIO: 0

USUARIOS	Ocupados	Desocupados
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTO UNITARIO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$18.043,85	$8.967,90	$154.680,98

BARRIDO	0.00040430
LIMPIEZA URBANA	0.00139599
ENTERRAMIENTO	0.00001407
ESTACIONAMIENTO APROVECHABLE	0.00020574
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.09
APORTE NO APROVECHABLE	0.09

MESES EN MORA: 0

$20.420

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

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $0.455,00

NÚMERO DE CLIENTE
2073409-9

Documento Equivalente Electrónico No.
378550108-0

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$116.750

ALCALDÍA DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA Nº Número de Historia clínica: 102

Expiry-Date: 2030/09/02
900255003234550

NO Número de Atención: 0

FECHA: 15-ene-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Salem

COLOR: Pardo gris

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___ RAZA Mestizo EDAD 1A PESO: 3 KG RAZA MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO___ X MIXTO___ OTRO

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: María José Quintero Pardo

DIRECCIÓN: Cl 18A 112A 6303

TELEFONO: 3214252697

CEDULA: 1.000.376.202

CORREO ELECTRÓNICO: maria.jqp220@gmail.com

BARRIO: Saturno

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

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 CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °C TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 mL	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

FIRMA:

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

FIRMA:

FUNDACIÓN

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

[illegible] pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
MARÍA QUINTERO.	1000 362702

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.000.326.202
QUINTERO PARDO

APELLIDOS
MARIA JOSE

NOMBRES

María Quintero

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-MAY-2002
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

30-JUN-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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



SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tarjeta de crédito

Con débito automático

Con referencia de pago

Solicítalo aquí

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

Davivienda · Bancolombia · BBVA · Nequi · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

*Si cancelas con cheque, 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
Fija - Móvil: 164 ó 01 8000 919 052
01 8000 181 164

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

CASANARE SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 900.859.923

¡Hola!

MARTHA CECILIA BARRAGAN
CL 18A 112A 53 03 00301 - SATURNO
BOGOTA

vanti
Más formas de pagar
Medidor Gas No. 5007116-3241033

Lote: P06GN Ruta: 001102090400005300 Código del Sector: 325

Cuenta o referencia de pago **62680023**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO TU APROBADO ES:

vanti



Sin cuotas
Sin papeleo
Sin estrés

Compra con tu cupo de crédito todo lo que quieras.
Extracupo hasta de
$2.000.000
en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.
Extracupo hasta de
$1.000.000
en motos.

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

dale! · Nequi · Davivienda · BBVA · Bancolombia

Aplica para clientes Vanti S.A. E.S.P. cuenta activa y en estado facturado. Cupo sujeto a aprobación crediticia. Consulta términos y condiciones en www.grupovanti.com

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 318 610 4154
Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

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

Factura de gas | Agosto 2025

Cuenta o referencia de pago: 82680023

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
29 Ago. 2025	30 Ago. 2025	Jul. - Ago. 2025	14 Ago. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad/ Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	22643	2.800,53	0,00	61.677,69
FIJO	1 UN	4.183,00	0,00	4.183,00
AJUSTE DECENA	1 UN	-1,62	0,00	-1,62
Intereses Moratorios Base Recargo	1 UN	30,86	0,00	30,86

1 – Total $65.870,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

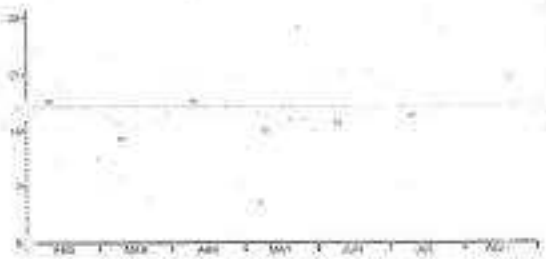
3 – Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar (1 + 2 + 3): $65.870,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
09 Jul. 2025	2822	REAL
11 Ago. 2025	2850	REAL

m³ consumo= 2850 - 2822 * Factor de corrección = 22

Tu próxima lectura será: Entre 08 y el 11 de Septiembre

Novedades de tu factura

Dale seguridad a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 6587

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $72.000

(415)7709998026025(8020)82680023(3900)000000065870

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 31 Ene. 2030

Tarifas

May. $2885 Jun. $2881 Jul. $2710

Factor de corrección

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): 107

Expiry-Date: 2030/09/02
900255003234535

SI / NO (Número de Microchip)

FECHA: 15 - enero - 26

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Yumpi

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 3A | PESO: 2.8 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Angelica Rodriguez Urrego

DIRECCION: Kr 111 NO 19 A 56

TELEFONO: 3134290719

CEDULA: 20.440.350

CORREO ELECTRÓNICO: 3134290719@sincorreo.com

BARRIO: Belan.

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 31/DIC/25

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: DIC/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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | RABIA: JUN/25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38 °C | TLLC 2 SEG | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Angela Maricela Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

FONTILECH

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 dergia 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 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:
Angelica Rodriguez	20.440.350

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.440.350
RODRIGUEZ URREGO
APELLIDOS
MARIA ANGELICA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-NOV-1955
CAQUEZA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
25-JUL-1977 CAQUEZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860 063 875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 5

Para pagar y consultar tu recibo ve a enel.co

0421890-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 078422515-2

CLIENTE

CESAR AUGUSTO PABON
KR 111 NO 19 A 56
BOGOTA, D.C. - BELA N FONTIBON

17 316 8786 / 58027

¿Quieres ir hasta tu casa? Escanea el código

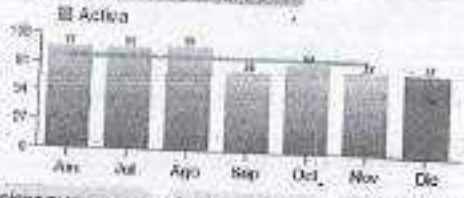
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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: $690,03

CONSUMO DIARIO: 2,57 kWh

VALOR DIARIO: $1.748

PERIODO FACTURADO: 21 NOVIEMBRE A 20 DICIEMBRE

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 77 kWh

¿Sabías que puedes acceder a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía en tiempo real a través de tu factura?

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	
ESTRATO:	Residencial
CARGA KW:	3
FACTOR:	2,00
RUTA REPARTO:	1
RUTA LECTURA:	1300317316786
MANZANA DE LECTURA:	1317316858
MEDIDOR NO:	MS00549318
SUBCLASE:	58027
	Oficial

USO EFICIENTE DE ENERGÍA

Mantén los aparatos eléctricos bien cargados. Pela cables pelados, pantallas o cargadores cerca de fuentes de calor.

HISTORIA DE CONSUMO



CONTÁCTANOS

Chat de servicio en enel.co/personas/bogota-cundinamarca/contactanos

Registro en línea

Oficinas de la Página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 5 115 115

115 Opción 1 en el menú de voz

Línea gratuita nacional 018000 944 115

Denuncia Clandestinos: https://www.enel.com.co/es/personas/facturacion-clientes.html

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Efectivo

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOTORA VIAL DEL ORIENTE S.A.S. E.S.P. — Línea No. 018 25

CONCESIONARIA DE LA SABANA S.A. E.S.P.

ARIA UNIÓN DEL ORIENTE CARGA, S.A.S. E.S.P. — Calle 100 # 54-38 40 Local 103-107

Línea de servicio al cliente 115

En esta factura está un concepto adicional que corresponde a su valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por ese único vez y no afecta los consumos futuros, conforme a la Ley 142 (1994 del año).

FECHA GENERACIÓN
29/12/2025 02:38:28
FECHA EXPEDICIÓN
29/12/2025 15:44:16

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2018, si usted modifica el Código de Medida, se [illegible]

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. emite el presente con [illegible]

Enel Colombia S.A. E.S.P. no es responsable por el servicio que preste [illegible]

Para cualquier duda, inquietud o reclamo sobre el servicio público domiciliario de energía eléctrica de Enel Colombia S.A. E.S.P., el usuario puede acudir a nuestras oficinas de atención al cliente, por fuera de ellas a la línea gratuita nacional 018000 944 115 o a nuestra página web www.enel.com.co. Si no está satisfecho con la respuesta, puede acudir a la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA No. (Número de Historia Clínica): 104

Expiry-Date: 2030/09/02
900255003234533

NO. (Número de Atención): 0

FECHA: 15-Ene/26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CAIBE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bella

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 7m

COLOR: Blanco y negro.

PESO: 2.4 KG

RAZA DE MAYOR ESPERANZA: 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 CUMORA ___ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luisa Mercedes Cuevas Sanchez

DIRECCION: Cl 16D Bis 96g 21

TELEFONO: 3133924009

CEDULA: SI 961006

CORREO ELECTRÓNICO: mechis12@hotmail.es

BARRIO: Equidual

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa | MEXAVALENTE: 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: 12/12/25

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38 °C | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN G. P.B.I	0,2 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,05 ml	1mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario/Histerectomía/Orquiectomía (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 Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa Forero MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 71441

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.

[illegible] pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antibióticos, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
[signature]	1.136.[illegible]

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/DECUNACION 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 **51.961.006**

CUEVAS SANCHEZ

APELLIDOS

LUISA MERCEDES

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-FEB-1969**

TOCAIMA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-OCT-1987 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00195266-F-0051961006-20091109 0017867690A 1 5020116598

enel Bogotá

1913737-5

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No.

ALEXANDER MENDEZ QUEVEDO
CL 16 D BIS A NO 96 G 21 PT 4
PISO 4
BOGOTA, D.C. - GRANJAL FONTIBON

16 31035541 / 601 892

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

Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
91	91	91	91	91

VALOR KWH APLICADO $800,09

CONSUMO DIARIO 2,30 kWh

VALOR DIARIO $1.820

PERÍODO FACTURADO: 22 NOV 2025 A 22 DIC 2025

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 90 kWh

¡Gracias! Continuamos sobre la LECTURA DE 91 m³ ORDEN y el CONSUMO de energía en el periodo anterior de 90 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANIOBRA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR NO:	[illegible]
SUBCLASE:	Básica

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



CONTÁCTANOS

Regional, Bolívar y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Oficina de Enel Bogotá

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 115

FECHA LÍMITE PARA PAGAR SU FACTURA

Efectivo | Tarjeta débito | Tarjeta crédito | Cheque | Débito cuenta de ahorros | Débito cuenta corriente | Pago Electrónico Institucional | Botón de pago Servicios en línea | Botón de Pago Servicios en línea

Corresponsales Bancarios | Red Multired | Centros de Servicio | Código QR

Efecty | Baloto | Ticketmundo | Movilred | Su Red | Supergiros | Punto Red | Gana | Red Cade | Enel Bogotá Centros de Servicio

Antioqueño de Cadena | Éxito | Carulla

Fecha Virtual de Pago | Billetera Virtual

Nequi | Daviplata

CONSECUTIVO: [illegible] / Comprobante del emisor: Vigente, 9/01/2026

FECHA GENERACIÓN 22/12/2025 01:32:27
FECHA EXPEDICIÓN 27/12/2025 14:05:13

$43.640 + $0 + $20.270 = $63.910

08 ENE /2026

13 ENE/2026

1913737-5

22 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $43.640

SUBTOTAL $43.640

$0

CIUDAD LUMINA BOGOTA S.A.E.S.P

830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO: 112052260

FACTURA DE MEDIOS PÚBLICOS NO: 378556609-4

PERIODO DE FACTURACIÓN: 21 ABR 2025 a 20 MAY 2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$33.565
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$ 10.075
ASEO - ALIVIO A LA CECENA 0000	$0

CONSUMO TOTAL	COSTO UNITARIO SOSTENIMIENTO	VALOR TOTAL APROVECHAMIENTO
$18.045,55	$5.267,06	$154.880,93

UNIDADES	Propias	Prestadas
Residenciales	1	0
De referencia	9	0

SUBSIDIO	0,502346426
LIMPIEZA URBANA	0,001333569
FACTOR DE APROVECHAMIENTO	0,000314017
COSTO MARGINAL APROVECHABLE	0,055302524
PUNTOS NO APROVECHABLE	0,00
ACUERDO APROVECHABLE	0,00

MESES DIVERSOS: 0

$20.270

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

NÚMERO DE CLIENTE
1913737-5

Documento Equivalente Electrónico No.
378556609-4

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$63.910

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

Expiry-Date:2030/09/02

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 105

900255003231135

NO Número de Microchip: X

FECHA: 15- enero- 26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Estrellita. COLOR: Tabby Gris.

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA Mestizo EDAD 7m PESO: 2.6 Kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Johanna Andrea Sanchez Duarte

DIRECCION: Kr 113 NO 19a 11 AP106

TELEFONO: 3224323136

CEDULA: 52980928

CORREO ELECTRÓNICO: Sanchezjohannaandrea0@gmail.com.

BARRIO: Villa Carmenza ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBÓN

ESCOLARIDAD NS/NR: Bachiller.

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO dd/mm/aaaa: NO reporta

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

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: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38 % | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	03 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	012 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 y exámenes preoperatorios.

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

FIRMA:

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

FIRMA:

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 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 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 exacte 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:
Johana Sandoval O	52'980.928 BTA

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 52.980.928



SANCHEZ DUARTE

JOHANNA ANDREA

COL | 1.49 | F

10 ABR 1983 | O+

BOGOTA D.C (CUNDINAMARCA)

20 ABR 2001, BOGOTA D.C

02 SEPT 2034

ICCOL0538668750150011<<<<<<<<<<
8304106F3409028COL52980928<<<4
SANCHEZ<DUARTE<<JOHANNA<ANDREA

enel | Bogotá

7800636-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3180000874

CONSTRUCTORA LARES
KR 113 NO 19 A 11 AP 106
APARTAMENTO 106
BOGOTA, D.C. - VILLA CARMENZA

17 316 9765 / 211.40

Activa

VALOR MES APLICADO $93.05

CONSUMO DIARIO: 4.48 kWh

VALOR DIARIO: $3.097

PERÍODO FACTURADO: 21/10/2025 A 20/DIC/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 133 kWh



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 3
CARGA VIP: 1
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 1301173
RUTA LECTURA: 1301173
MANZANA DE LECTURA: 1
MEDIDOR No.: 23180
SUBCLASE: Básico

CONSUMO MENSUAL (kWh)

PROMEDIO 6 MESES (kWh)

CONTACTANOS

Bogotá, Soacha y Zipaquirá 601 5 115 115

115 Opción 2

Línea de servicio al cliente 115

DEVOLUCIÓN A NUESTROS CLIENTES

En esta factura ves un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifa aplicable, el cual aplica cada vez que consuma en los cinco 5 meses, por cada vez y no cada los consumos futuros, conforme a la Ley 142 (1994 Art 100).

COMPONENTES Y DESPACHO | Componentes del costo

FECHA GENERACIÓN 30/12/2025 02:00:49
FECHA EXPEDICIÓN 29/12/2025 11:08:30



$124.240

08 ENE /2026

13 ENE/2026

7800636-7

21 ENE /2026

Tipo de factura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $119.000

Ajustes a la decena	$1
Cuota Capital Crédito Convenio Nuevos Su	$4.054
Int Financiación	$1
Intereses de financiación Crédito Convenio	$77
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$839
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-96
Saldo Crédito Convenio Nuevos Suministros	$5.170
DESCOTAL:	$9.951

995.490

80

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

FÁRRERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	700327502	No. suscriptor
Factura de Servicios Públicos No.	3784620357-4	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	18.11.2025 a 18.12.2025	



CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$33.781
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-5.067
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBI	$1
ASEO - INTERES POR MORA	$32

PUNTO PROMEDIO (m³)	CONSUMO BASE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$10.992,48	$6.646,39	$154.680,18

MESES EN MORA	$28.750
0	APORTE NO RESIDENCIAL 0%
	APORTE RESIDENCIAL 0%
	SUBSIDIO 15%

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $6.750,00

DATOS DEL USUARIO

UNIDADES	Grandes	Pequeños
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

BARRIDO	0.012464626
RECOLECCIÓN	0.091338599
PODA Y CORTE DEL ARBOLADO URBANO	0.000001497
DISPOSICIÓN FINAL	0.055885574
CONSUMO NO APROVECHABLE	0.53
CONSUMO APROVECHABLE	0.00

NÚMERO DE CLIENTE
7800636-7

Documento Equivalente Electrónico No. 3784620357-4

(415)7707208914255(8020)0113008307370402(96)20260108(3900)000124240

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$124.240

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA (HC Número de historia clínica): 106

Expiry-Date:2030/09/02
900255003231058

NO (Número de Microchip): 0

FECHA: 15/enero/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mairi

COLOR: Pardo gris

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 1A PESO: 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: Maria Librada Garcia Rojas.

DIRECCION: CL 23 J BIS N 98 Q 82

TELEFONO: 3115330081

CEDULA: 20914336

CORREO ELECTRONICO: 3115330081@sincorreo.com

BARRIO: San Jose 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 Reporta

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

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: Ninguna.

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguna.

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 156 l/m

F. RESPIRATORIA: 23 r/m

TEMPERATURA: 38 °c

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.2 ml	IV.
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B)	0.2 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.06 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano s/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 Mercedes Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A.

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Medina Perez M.P. 45036 MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441

FIRMA:

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

[illegible] pueden presentar. Se 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]	2094336

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 20.914.336
GARCIA ROJAS

APELLIDOS
MARIA LIBRADA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-DIC-1952
SASAIMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-ENE-1974 SASAIMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

Marcelo

enel | Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0414199-3

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 37958836-0

CUENTA

JAIRO PAPAGAYO
CL 23 J BIS NO 98 52 PI 2
BOGOTA, D.C. - SAN JOSE DE FONTIBON

07 591 6737 / 1 544 487

¿Quieres ir tu factura virtual? Escanea el código

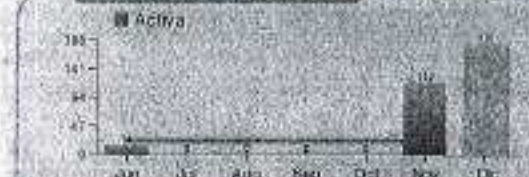
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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 ESTE PERIODO $66.870

CONSUMO PROMEDIO 4 MESES

VALOR PROMEDIO $ 67.

PERIODO FACTURADO

DIAS FACTURADOS 30

CONSUMO EN ESTE PERIODO

Consumo mayor al doble del promedio

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
REPARTO:	
CARGA kW:	2,40
FACTOR:	
RUTA REPARTO:	
RUTA LECTURA:	
SECUENCIA DE LECTURA:	
MEDIDOR NO.:	
SUBCLASE:	Única

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Escríbenos en Whatsapp 316 800 8000 (Línea Bogotá, Celular)

Registrate gratis

Ingresa a la página Web

App Enel Cliente Colombia

Enel Colombia @EnelColombiaCO

CANALES DE ATENCIÓN AL CLIENTE

Bogotá, Soacha y Girardot en el 601 6 515 115

EMERGENCIAS 115 Marcando desde el Fijo de la casa

DENUNCIAS 601 6140000 denuncias@enel.co

Línea de denuncias de conducta

ahorradores@enel.com

USO EFICIENTE DE ENERGÍA

Apaga los aparatos electrónicos que no estés usando. Mientras estén encendidos, consumen energía como si estuvieran en uso.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Bancolombia Daviplata Nequi

Corresponsales Bancarios

Red Efectiva

Puntos de Servicio

Código QR

Red Cade

Alcaldías de Chía

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROACTIVA MEDIO AMBIENTE COLOMBIA S.A. E.S.P. Cra 7 No. 69A-25

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá No. 3 - 35

ATESA LIMPIA CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 69 # 5A-44 Local 104 B

Línea de servicio al cliente 115

COMPROMISO DE TARIFARIOS / Compromiso de cartera: Vigencia: 30-Jun-2025

FECHA GENERACIÓN 1 01/2025 01:11:45
FECHA EXPEDICIÓN 31/07/2025 17:32:11

Total Energía $129.210 + Portafolio Enel X $0 + Total Aseo $32.100 = Total a pagar $161.310

PAGO OPORTUNO 22 DIC /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 24 DIC/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 0414199-3

FECHA DE EMISIÓN 06 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Proceso analítica datos

SUBTOTAL: $129.214

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena

SUBTOTAL $ 0

1 TOTAL ENERGÍA $129.210

Otros cobros de productos y servicios

enel x

2 TOTAL OTROS $0

ASEO

Ciudad Limpia

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

ESTRATO 3 NIT 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA		
CUENTA CONTRATO	70224062	días FACTURADOS
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	376690385-8	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	01.11.2025 a 30.11.2025	

HISTÓRICO DE CONSUMO

2510	2603	2635	2910	2915	2954
25.252	21.108	14.626	7.213	0	

Jun Jul Ago Sep Oct Nov

ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$34.478
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-5.151
ASEO - AJUSTE A LA DECENA ASEO	23
ASEO - RECUPERACIÓN APROVECHA	2.937

DATOS DEL USUARIO			
TIPO PRODUCTOR: Residencial			
VOLUMEN FACTURADO		ESTRATO: 3	
SUSCRIPTOR		RUEC ACTIVIDAD: 3	
% PARTICIPACIÓN		RUEC BARRIDO: 3	

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA LA TARIFA

COSTO FIJO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$18.485,13	$6.777,47	$154.680,95

CONSTANTES DE SUBTARIFA

BARRIDO:	0.000060425
LIMPIEZA URBANA:	0.00139939
MONTO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001407
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.05030421
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.03
APORTE NO APROVECHABLE	0.09

MESES EN MORA	3 TOTAL ASEO: $32.100
0	APORTE NO RESIDENCIAL 0%
	APORTE RESIDENCIAL 0%
	SUBSIDIO 15%

MENSAJES DE FACTURA

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 32.100,00

NÚMERO DE CUENTE 0414199-3

Documento Equivalente Electrónico No. 376690385-8

PAGO OPORTUNO 22 DIC /2025

TOTAL A PAGAR $161.310

ALCALDÍA FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: 107 (Número de historia clínica)

Expiry Date: 2030/09/02
900255003234124

SI: NO: X (Control de Miércoles)

FECHA: 15-01-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Muñeca

COLOR: Amarillo y blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 10m PESO: 2.5 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO ✓

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: Daissy Zambrano Ocampo

DIRECCION: Cl Ac 134 70M2 C/1

TELEFONO: 3163258585

CEDULA: 65.752.175

CORREO ELECTRÓNICO: maritzac2-8@hotmail.com

BARRIO: Puente

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 30/12/Dic/25

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: Jun/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: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC | seg MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES:

✓

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

✓

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

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

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa Torres 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 intervenido mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, estoy(amos) consciente(s) de los riesgos durante la cirugía como: paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo, me han explicado que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X__ o **RECHAZO**_____ **la declinación de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual 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 mencionados.

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 Zorrilla S	65752.175

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
65.752.175
ZAMBRANO OCAMPO
DAISSY


15-ENE-1966
LIBANO
(TOLIMA)
1.59
A+
F
02-NOV-1989 IBAGUE

LA VIDA FLUYE EN DOS FORMAS:
EN GOTAS Y EN ESCENAS
El Acueducto de Bogotá y el FIAV Bogotá
te invitan a que dejes fluir la
cultura por las tarimas
www.fiabogota.com
Cambiate a la factura
Virtual de la EAAB
Presenta esta factura y desbloquea un
10% de descuento
para vivir la magia de los artes vivos

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

SHI

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 13 RUTA: 133325

BIMESTRAL

11116895	41451329019
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
VALENTIN CASTRO

Dirección del predio
CL 17C 134 70 MZ C CA 1

Barrio: PUENTE Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca
Serie
Tipo
Diámetro pulgadas

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

Pago oportuno ENE/08/2026

Suspensión ENE/14/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/27/2026	DIC/22/2025 08:27:14	DIC/22/2025 12:07:07

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.

Tu consumo en este periodo

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



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

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

En este periodo 22.000

Promedio al dia 373

Datos de la lectura de tu medidor

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

Datos de tu medidor

Marca	Tipo
Serie	Diámetro pulgadas

Para reducir tu consumo, recuerda:

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

Tu cobro en este período

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros
$49.240,80	+	$0,00	+	$26.611-
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 = **Total a pagar** $22.631

Cufe (Código Único de Documento Electrónico): SA29709559f0b9203de7cae01ab1a9215ed2f2a75e4a09bd33580f78a8818a18a7ddd218d8fccb8cfa6f301e081f8b3

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)						
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$2.783,40	-40	$32.626-	$2.238,24	$49.240,80
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$32.626-		$49.240,80

B Alcantarillado

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

* Corresponde a consumos de hasta 17m³ mensuales (22m³ bimestrales). **(+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1,2 o 3.
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, se agrega un %.

Tasas ambientales

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$18,93	$64,34
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$418	$1.415

Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá otorga un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada periodo facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Acuerdo 427 de 2009)

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$2-
Dcto. mín. vital 1048	$26.859-
Intereses de mora	$250
Subtotal	26.611-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interes	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE Consulta direcciones y horarios de atención en: www.bogota.gov.co/tramites/cades

LEA ESTA ESPACIO sobre el contrato con las siguientes Empresas: Aguas de Cundinamarca, Sociedad Colpania, Club Social, Rio Claro Inn, Ar Atlas, Bogota, Sucursal y Cia

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$22.631

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DE SERVICIO PÚBLICO No.
Señor cajero: Si en el transcurso de este mes aparece saldo y desea hacer reclamación, no debe pagar este recibo. Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en el comercial bancario).

(415)7707109455270(8020)4745(3900)0000000000(96)20231231

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

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: 108

Expiry-Date: 2030/09/02
900255003231130

SI X NO — Número de Microchip

FECHA: 15-01-25

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tiana. COLOR: Negra.

ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO__ RAZA: MESTIZO 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 X MIXTO__ OTRO__

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO__ COMPRADO__ ADOPTADO X REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Tatiana Julieth Perez Cadena

DIRECCION: Kr 111 22H 16

TELEFONO: 3166307963

CEDULA: 1634400356

CORREO ELECTRÓNICO: tananaperezcadena@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: NOV 2025

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

ULT. VACUNACION: NS/NR:

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

FELINOS:
TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: Junio - 25

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: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC < 3SG MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.2 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiologo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirurgico y especialmente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilizacion/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 Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alessa Tover 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:
Tatiana P	1034003556

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:


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
Apellidos
PEREZ CADENA
NUIP 1.034.400.356
Nombres
TATIANA JULIETH
Nacionalidad
COL
Estatura
1.60
Sexo
F
Fecha de nacimiento
22 AGO 2006
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
Fecha y lugar de expedición
30 AGO 2024, BOGOTA D.C.
Firma
tatiana p.
Fecha de expiración
02 SEPT 2034


CO
953867562
ICCOL0538675624150O1<<<<<<<<<<<
0608222F3409028COL1034400356<3
PEREZ<CADENA<<TATIANA<JULIETH<

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU **FACTURA EN·LÍNEA** Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban, Itaú, Bancolombia, BBVA, Scotiabank Colpatria, Banco de Occidente, Bancolombia, Banco Falabella, Banco Pichincha, Banco Caja Social, Nequi, Davivienda, Daviplata, dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

¡Hola!

MARIA TERESA PLAZAS
KR 111 22H 16 - VERSALLES
BOGOTA

vanti Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097197-108241

Lote: P13GN **Ruta:** 001102017213000500 **Código del Sector:** 326

Cuenta o referencia de pago **61122335**

vanti Listo

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



vanti Listo

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

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Diciembre 25

Cuenta o referencia de pago 6112233S

BOGOTA

Nit: 800.027.813-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de ayudar

190

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	28M3	2.570,50	0,00	74.544,50
FIJO	1UN	4.182,00	0,00	4.182,00
AJUSTE DECENA	1UN	-4,50	0,00	-4,50
RECAUDO TERCEROS Cocespark Proteo	0	31.178,00	0,00	31.178,00
Vanti Max Antiguo	1UN	11.284,12	2.145,88	13.440,00

1 – Total $123.340,00

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

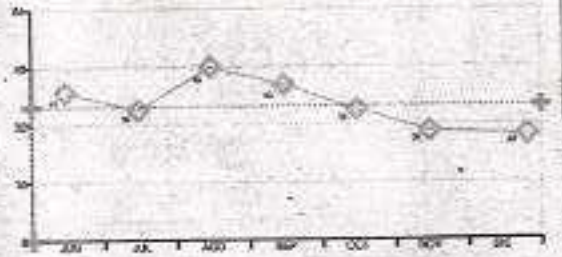
Total a pagar 1 + 2 + 3

$123.340,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Tras: | Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
18 Nov. 2025	7501	REAL
16 Dic. 2025	7538	REAL

m³ corregido= 7538 - 7501 * Factor de corrección = 29

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

30 Sep. 2026

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente. *Resoluciones CREG 067 de 2012 y 41065 de 2013

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

C= 1284,73	Tm: 982,07	Dm: 988,11	Cm: 2638,5
P: 85,05	Cvm: 0,0	CdPm: 4182,0	Cusm: 3870,5
Cov: 0,0	Pcom: 42,512	DAUR: 0,0	DAUNR: 0,0

kJ/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 342

kWh y el precio unitario del kWh es: $230,194

Factor de corrección

Vm: 37	Kb: 0,76798	Kt: 1,00634	Pc: 0,77253		
Vc: 29	Tm: 53,74	Tc: 15,56	Pa: 1,01008		
Pa: 0,752	Pm: 0,8094	P pc: 1,0			

Factor de corrección: 0,77253

Indicadores de calidad

IRST: 104,6 DDS: 0,0 ID: 100,0 IPA: 100,0



(415)7709998026025(8020)61122335(3900)00000000123340

Emisor habilitado para la prestación del Servicio Público Domiciliario de Gas Combustible por Red de Tubería mediante Resolución CREG 067 de 2012 y Resolución SSPD 20121300048145 del 31 de diciembre de 2012. Prestador sujeto a vigilancia y control de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

Emitido mediante la plataforma de Servicios Públicos Domiciliarios Y Valores S.A. E.S.P. Nit. 830.001.113-1 Resolución DIAN 18764007549 del 30/10/2019 Prefijo FEVV Desde el 0 Hasta el 5000000 Vigencia 24 meses

Emisor habilitado para la prestación del Servicio Público Domiciliario de Gas Combustible por Red de Tubería mediante Resolución CREG 067 de 2012 y Resolución SSPD 20121300048145 del 31 de diciembre de 2012. Prestador sujeto a vigilancia y control de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

ALCALDÍA DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA
HC - Número de Historia Clínica: 109

Expiry-Date:2030/09/02
900255003231126

SI X NO — Número de Microchip

FECHA: 15-enero-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ginger. COLOR: Tabby Amarillo.

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: MESTIZO EDAD: 1A PESO: 34 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 GUARDA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Brenda Michel Rosales Lugo

DIRECCION: K 111 A BIS NO 16 | 48 TELEFONO: 3005507148

CEDULA: 1016116587

CORREO ELECTRONICO: Brenda2104r@gmail.com.

BARRIO: Villa Carmenza ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buen estado.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 1/enero 2026

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 l/m | TEMPERATURA: 38 °C | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

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

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Muñoz 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 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:
	1.016.116.587

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

Apellidos
ROSALES LUGO

NUIP 1.016.116.587

Nombres
BRENDA MICHEL

Nacionalidad
COL

Estatura
1.64

Sexo
F

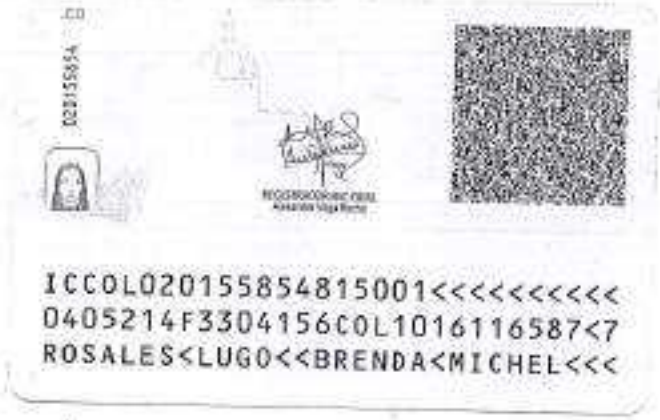
Fecha de nacimiento
21 MAYO 2004

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
ARAGUA-GIRARDOT (VENEZUELA)

Fecha y lugar de expedición
24 MAYO 2022, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
15 ABR 2033



ICCOL0201558548150O1<<<<<<<<<<
0405214F3304156COL1016116587<7
ROSALES<LUGO<<BRENDA<MICHEL<<<

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 830059074-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 3

0422081-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 37000000-3

CLIENTE

MARIA BERNARDA RODRIGUEZ
KR 111 A BIS NO 18 I 48
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - VILLA CARMENZA

17 317 9172 / 38727

Consulta la factura y el historial en Codigo

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

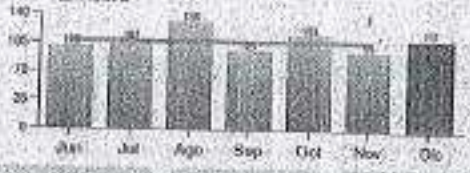
El hurto de energía puede causar accidentes, cortocircuitos y fallas en el servicio.

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR MES APLICADO: $000,00

CONSUMO DIARIO: 2,70 kWh

VALOR DIARIO: $2.516

PERIODO FACTURADO: 21 NOV 2025 A 20 DIC 2025

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 111 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 93 kWh

El consumo bajo con base a LECTURA DE TU MEDIDOR y su consumo se estima a partir de lo facturado

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000013129172
RUTA LECTURA:	1317312003I
MANZANA DE LECTURA:	M5604617I0
MEDIDOR NO:	38727
SUBCLASE:	Rocha

USO EFICIENTE DE ENERGÍA

Mantén las aperturas eléctricas bien cerradas. Mantén cerradas las puertas y cargadores como de invierno en el hogar.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registrate gratis

Chat disponible en la página web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 6 135 135

115 Gratuita en Bogotá

Gratuita desde cualquier operador

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A. E.S.P. — Calle 17 # 4 No. 59A-05

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 6 B - 30

RUTA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 129 # 54-30 Bodega Local 123-124

Línea de servicio al cliente 115

En esta factura no se incluyen conceptos adicionales que corresponden a los que se incluyen en facturas anteriores, el cual genera saldo a favor del usuario de los últimos 6 meses, por ello gracias por ser y no afecta sus conceptos tarifas, conforme a la Ley 142 /1994 (art. 150).

FECHA GENERACIÓN: 26/12/2025 02:37:01
FECHA EXPEDICIÓN: 26/12/2025 10:58:09

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): 110

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003219449

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tonki

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO__ RAZA: Mestizo EDAD: 8 Meses PESO: 3.5 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI__ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X

TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO__ OTRO

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO X COMPRADO__ ADOPTADO__ REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mariana Ortiz Espinoza

DIRECCION: cl 170 118-25

TELEFONO: 3203959525

CEDULA: 1030683909

CORREO ELECTRONICO: mariortiz301197@gmail.com

BARRIO: San Pablo Jerica

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: 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: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °C TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	RETAMINA	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.)	04 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 ACEPTACIÓN X RECHAZO__ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos

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

FIRMA

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

FIRMA

FOLITECON

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.

pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip pueden 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: Mariana Ortiz	Nro. de Identificación: 1030683409.

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 1.030.683.409
ORTIZ ESPINOZA

APELLIDOS
MARIANA

NOMBRES

Mariana Ortiz E.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 30-NOV-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-DIC-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
[illegible]



[illegible]

Bogotá

0407804-3

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 37607879-1

ADELIA DIAZ MOLANO
CL 17 D NO 119 25
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - SAN PABLO ERICA

16 319 0202 / 4016294

Activa

VALOR kWh APLICADO	$506,09
CONSUMO DIARIO	5,33 kWh
VALOR DIARIO	$4.847
PERIODO FACTURADO	DIAS FACTURADOS: 30
CONSUMO DIES	160 kWh

¡Este mes tu consumo bajó! La LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía fueron menor dentro de lo normal

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

El mal uso de energía puede causar incendios, cortocircuitos y fallas en el servicio.

Reporta de forma gratuita al 601 514 0000 o a través de nuestra página web, ¡haz contacto!



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:
ESTRATO:
CARGA KVA:
FACTOR:
FACTOR TERRITO:
REF. A LECTORIA:
GENERIA DE LECTURA:
VECINDARIO:
SUBCLASE:

INFORMACIÓN IMPORTANTE

PUNTOS DE ATENCIÓN

Línea de servicio al cliente 115

En esta factura se incorporó el concepto correspondiente a un valor en exceso en facturas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y no afecta los conceptos facturados, conforme a la Ley 142 1994 art 150.

FECHA GENERACION
FECHA EXPEDICIÓN

FONTIBÓN

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA Número de Historia Clínica: 111

MICROCHIP: 900255003231125

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Honey

COLOR: Blanco amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 1 año PESO: 2.9 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sheyla Betsabeth Lopez Lugo

DIRECCION: Kr 111A Bis 16148

TELEFONO: 3102378905

CEDULA: 1016124268

CORREO ELECTRÓNICO: lopezlugasheyla@gmail.com

BARRIO: Villa Carmenza ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Enero126

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Abril123

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: 3A

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °C TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 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 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 47663

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Monsalve Forero, MEDICA VETERINARIA, U.D.C.A. T.P. 41441

FIRMA

FONTIBON

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será 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 suficiente la información acerca del procedimiento de implantación del microchip y reconozco los 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 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 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).** Actualmente 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: 1 016 124.268

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 1.016.124.268



Apellidos
LOPEZ LUGO

Nombres
SHEYLA BETSABETH

Nacionalidad
COL

Estatura
1.65

Sexo
F

Fecha de nacimiento
15 JUL 2000

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
ESTADO MIRANDA-MUNICIPIO SUCRE(VENEZUELA)

Fecha y lugar de expedición
02 ENE 2024, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
03 ENE 2034

CO

037014456

ICCOL037014456215001<<<<<<<<<<<
0007157F3401033COL1016124268<8
LOPEZ<LUGO<<SHEYLA<BETSABETH<<

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

0422081-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No.

CLIENTE

MARIA BERNARDA RODRIGUEZ
KR 111 A BIS NO 16 I 40
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - VILLA CARMENZA

17 317 9172 / 38727

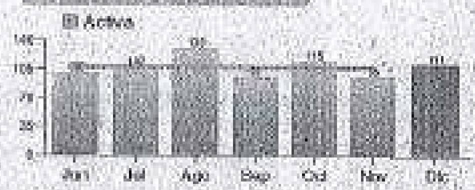
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

El hurto de energía puede causar incendios, 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 3,70 kWh

VALOR DIARIO

PERIODO FACTURADO

DÍAS FACTURADOS 30

CONSUMO MES

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	
RUTA LECTURA:	
MANZANA DE LECTURA:	
MEDIDOR NO:	38727
SUBCLASE:	

CALIDAD DEL SERVICIO

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115

115

COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Directa

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

RED CADE

enel

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS

FECHA GENERACIÓN
FECHA EXPEDICIÓN

FONTIBÓN

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA
FC
Número de HISTORIA CLÍNICA: 112

MICROCHIP: 900255003231139

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Esponja

COLOR: Gris

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA Mestizo EDAD 4 meses PESO: 1.9 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nohelia Gomez Forero

DIRECCION: AC 17 132-60

TELEFONO: 3166196927

CEDULA: 52184251

CORREO ELECTRÓNICO: danielagomez20@gmail.com

BARRIO: Puente Grande ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NR

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa NR

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: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °C TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.25 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.2 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.2 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.04 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: D. T. Gr. Sanitaria Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47641

FIRMA:

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

FIRMA:

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento 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 suficiente la información acerca del procedimiento de implantación del microchip y se [illegible] que los pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antibióticos, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de identificación:
Yohana Gomez	52184251

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/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 52.184.251
GOMEZ FONSECA

APELLIDOS
NOHELIA

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 15-MAY-1971
UMBITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-SEP-1988 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL



SOLICITA TU
FACTURA
EN-LÍNEA
Y PAGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU
FACTURA
EN-LÍNEA
Y PAGALA A TRAVÉS DE:

Es 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 los facturos de uno o varias cuentas contratos en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Recaudo Bancolombia · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Banco Agrario · Banco de Bogotá · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
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: 800956126

¡Hola!

CONSTRUCTORA LAS GALIAS S.A.S
AC 17 132 60 T06 01301 - PUENTE GRANDE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120230003901479

Lote: P16GN **Ruta:** 0011840115020009020 **Código del Sector:** 331

Cuenta o referencia de pago **63989200**

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

Kyocera · 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 4164

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

331
0011840115020009020
63989200
C1

Factura de gas | Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago **63989200**

vanti — Más formas de avanzar

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

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno 14 Ene. 2026	Fecha de suspensión 15 Ene. 2026	Periodo facturado Nov. - Dic. 2025	Emisión de tu factura 24 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	3M3	2.570,50	0,00	7.711,50
FIJO	1UN	4.182,00	0,00	4.182,00
AJUSTE DECENA	1UN	-3,50	0,00	-3,50

1 — Total **$11.890,00**

Tus financiaciones

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

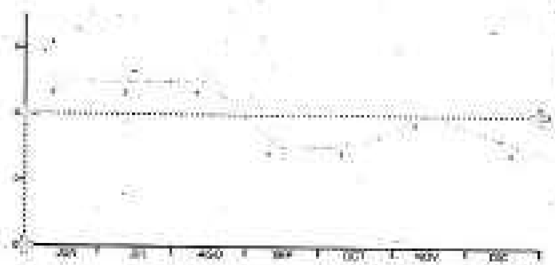
2 — Total **$0,00**

3 — **Valor facturas vencidas** **$0,28**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$11.889,72**

Paga por — Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
21 Nov. 2025	106	REAL
20 Dic. 2025	110	REAL

m³ corregido: 110 - 106 * Factor de corrección = 3

Tu próxima lectura será Entre 18 y el 23 de Enero

Novedades de tu factura

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

(415)7709998028025(8020)63989200(3900)000000000011890

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Oct. 2028

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: 1024,73 Tm: 582,57 Dm: 328,11 Cm: 2570,5
Cuv: 0,0 Cuf: 4182,0 Cuvc: 2570,5
Cf: 0,0 Fpon: 97,512 DAUR: 0,0 DAUNR: 0,0

Factor de corrección

Vm: 4 Kp: 0,78797 Ki: 1,00634 Pi: 0,77213
Vc: 3 Tm: 12,74 Tc: 15,56 Pc: 1,00008

Factor de corrección: 0,77213

Indicadores de calidad

IPST: 100,0 DES: 0,0 IO: 100,0 IRI: 100,0





Factura No. F15B72039793

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): 113

MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003234138

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mia

COLOR: Atigrado

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 6 meses | PESO: 2.6 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO Nacido en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Claudia Lida Aneras Guerrero

DIRECCION: Cl 14 107-54

TELEFONO: 3132468483

CEDULA: 39761869

CORREO ELECTRÓNICO: claudiaaneras98@gmail.com

BARRIO: Zona Franca

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD NS/NR: Universidad

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NR

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NR

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: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones 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 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:
	34761869

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 39761869

PIÑEROS GUERRERO
APELLIDOS

CLAUDIA LIDA
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-JUN-1973
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

16-AGO-1991 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500109-45110701-F-0039761869-20030604 0012003350P 01 137064303

Pago DIC 30/25

enel Bogotá

2311225-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 2311225-8

CLIENTE

CLAUDIA PINEROS GUERRERO
CL 14 NO 107 - 04 TRZ 11 BQ 4 CA 239
TRZ 11 BQ 4 CA 265
BOGOTA, D.C. - ZONA FRANCA

18 912 9730 / 776877

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

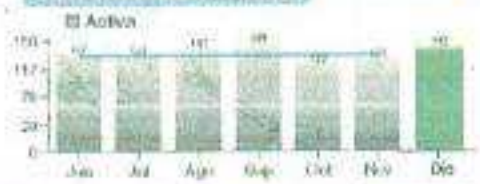
El hurto de energía puede causar accidentes, cortocircuitos y fallas en el servicio.

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR KWH APLICADO: $599,08

CONSUMO DIARIO: 4,61 kWh

VALOR DIARIO: $2.297

PERIODO FACTURADO: 30 NOV 2025 A 30 DIC 2025

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES: 143 kWh

Recuerda que para ajustar la lectura de tu medidor y el consumo de energía se realizan máximo dos veces al año.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	5,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1800160110730
RUTA LECTURA:	1301510505
MANZANA DE LECTURA:	M30065204
MEDIDOR (MS):	776877
SUBCLASE:	Casas

CALIDAD DEL SERVICIO



Bogotá, Cundinamarca
SUI: 0 336 110

¿CÓMO PAGAR LA FACTURA?

Corresponsales Bancarios

Red Caba

Canales Virtuales

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio: #Aseo 115

COMPONENTE TARIFARIO: Componente del costo: Vigencia NOV-2025
C: $484,51 - G: $0,00 - T: $0,00 - PR: $0,00 - R: $24,76 - CF: $0,00 - SUBS: $-109,19

FECHA DE EXPEDICIÓN
27-11-2025 11:47:30
FECHA Y HORA DE VENCIMIENTO
27-12-2025 10:47:19

$73.750 + $0 + $19.600 = $93.350

08 ENE /2026

13 ENE /2026

ENERGÍA — Número 2311225-8 — 22 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

SUBTOTAL: $73.355

Otros cobros y abonos

1 TOTAL ENERGÍA $73.750

2 TOTAL OTROS $0

ASEO — Prestador: CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P — Mes: 3 — NIT: 830048122-0

Número Ruta Ovalo Quien consulta

Cuenta Usuario 11460370

Factura de Servicio 376882901-6 — 30

Periodo de Facturación: 21.11.2025 a 20.12.2025

Datos del Usuario

Consumo

Otros Conceptos

Total a Pagar

Observaciones

NÚMERO DE CUENTA
2311225-8

Documento Equivalente Electrónico No.

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$93.350

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°: 114 (Número de historia clínica) | MICROCHIP: 900255003234794 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Amancanta | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año | 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 X MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mercedes Fonseca Walteros | DIRECCION: Cl 17A 96B 78 | TELEFONO: 3123536967

CEDULA: 20972087 | CORREO ELECTRÓNICO: 3123536967@sincorreo.com

BARRIO: Villemar | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NR | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NR

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa ___ TRIPLE: dd/mm/aaaa ___ HEXAVALENTE: 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. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38°C | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: /

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

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

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

FONTIBÓN BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIESTO 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] puedan 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 como reacción como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lesiones, pústulas, tétricas, 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:
Queredes Fonseca Walters	20472087 Chia

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 20.472.087
FONSECA WALTEROS
APELLIDOS
MERCEDES
NOMBRES


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 30-ENE-1962
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.40
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
03-SEP-1981 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
A 1506500 01270445 F 0020472087 20211202 0077049970A 1 8503375031

enel | Bogotá

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

0958494-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 5749402884-2

MARIA A SIERRA
CL 17 A NO 96 D 75
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - VILLEMAR

17 325 3659 / 7455087

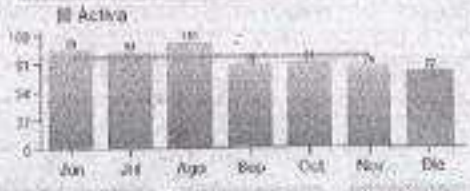
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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**



CONSUMO PERIODO FACTURADO



VALOR kWh APLICADO: $606,08

CONSUMO DIARIO: 3,43 kWh

VALOR DIARIO: $1.632

PERIODO FACTURADO: 01 NOV 2025 A 30 DIC 2025 | DÍAS FACTURADOS: 30 | CONSUMO MES: 72 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	12,84
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	L0003173259709
RUTA LECTURA:	153/CEH0402
MANZANA DE LECTURA:	MC0864A003
MEDIDOR NO:	7455087
SUBCLASE:	Básica

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Ahorra los aparatos eléctricos fuera de uso. Revisa unas adecuadas conexiones e instalaciones contra incendios o cortos.

CONVENIOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 105 105

115 Opción 1

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

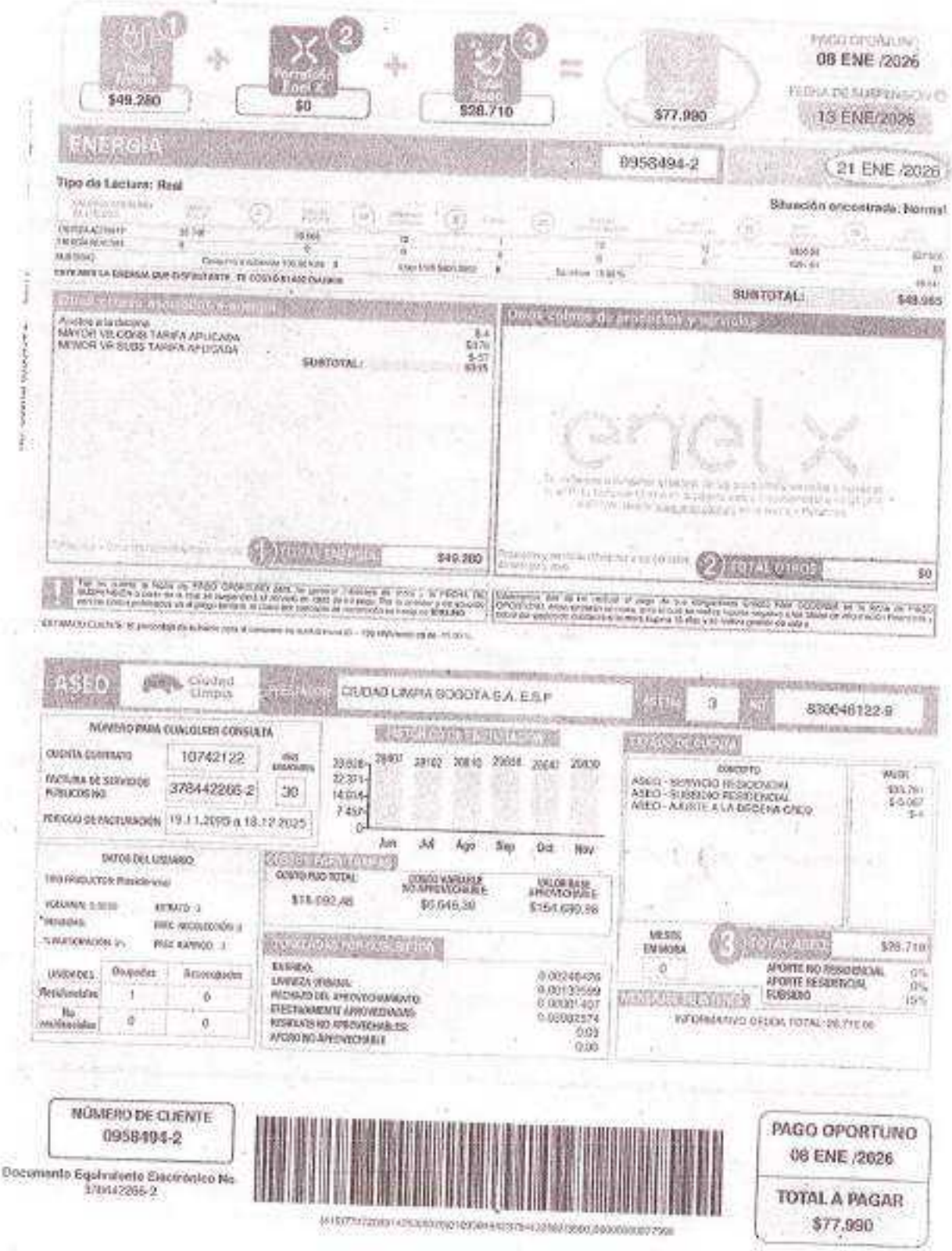
PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. — Línea de servicio al cliente 116

COMO PAGAR TU FACTURA

Componentes Tarifarios — COMPONENTES TARIFARIOS - Componentes del costo | Vigencia: NOV 2025

Para mayor información sobre el procedimiento de medición y facturación, así como demás temas relacionados con la prestación del servicio, consulta nuestra página web www.enel.com.co

NEGRA GENERACIÓN: 28/12/2025 02:41:07
FECHA EXPEDICIÓN: 28/12/2025 10:32:10



$49.280
$0
$28.710
$77.990
PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026
FECHA DE SUSPENSIÓN
13 ENE/2026
ENERGÍA
0958494-2
21 ENE /2026
Tipo de Lectura: Real
Situación encontrada: Normal
SUBTOTAL:
$49.965
Ajustes a la decena
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA
SUBTOTAL:
$-4
$-57
$-57
enelx
1 TOTAL ENERGÍA
$49.280
2 TOTAL OTROS
$0
ASEO
Ciudad Limpia
PRESTADOR
CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P
CICLO
3
NIC
830046122-9
NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA
CUENTA CONTRATO
10742122
DÍAS FACTURADOS
30
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.
378442265-2
PERIODO DE FACTURACIÓN
19.11.2025 a 18.12.2025
CONSUMO FACTURADO
28807
28102
30810
29058
29043
29030
Jun
Jul
Ago
Sep
Oct
Nov
CONCEPTO
VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL
ASEO - AJUSTE A LA DECENA ASEO
$-4
DATOS DEL USUARIO
ESTRATO: 3
USO: RESIDENCIAL
PREV. RECOLECCIÓN: 3
% PARTICIPACIÓN: 0%
PREV. BARRIDO: 3
COSTO DE LA FACTURA
COSTO PUC TOTAL
$15.092,46
COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE
$6.646,30
VALOR BASE APROVECHABLE
$154.690,98
UNIDADES
Disponibles
Acumuladas
Residenciales
1
0
No residenciales
0
0
DESGLOSE DE COSTOS
BARRIDO
LIMPIEZA URBANA
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO
ESCOMBROS APROVECHADOS
RESIDUOS NO APROVECHABLES
APOYO NO APROVECHABLE
0.00240426
0.00133599
0.00001407
0.00002574
0.03
0.00
MESES EN MORA
0
3 TOTAL ASEO
$28.710
APORTE NO RESIDENCIAL
APORTE RESIDENCIAL
SUBSIDIO
0%
0%
15%
INFORMATIVO OTROS TOTAL: 28.710,00
NÚMERO DE CLIENTE
0958494-2
Documento Equivalente Electrónico No.
378442265-2
PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026
TOTAL A PAGAR
$77.990

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 HC Número de Historia Clínica: 115

900255003219441

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Emma

COLOR: gris.

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 2 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 X MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Ines Tobon Martinez

DIRECCION: Kra 14B No 119A76

TELEFONO: 3249364063

CEDULA: 35.115.870

CORREO ELECTRÓNICO: blanca.tdon@hotmail.es.

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

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnologo

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa 09-2025 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 09-2025.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m F. RESPIRATORIA: 28 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: R 2 S C 3

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	30,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su 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 Mesa Forero 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 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 resalta énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lesiones, jaboneo, 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 el médico veterinario a realizar la implantación del microchip de mi animal de compañía; igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Martha Tobon M.	35.115.820 Cerelo.

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
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 35.115.870
TOBON MARTINEZ
APELLIDOS
MARTHA INES
NOMBRES
Martha Tobon M.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-FEB-1978
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
08-DIC-1997 CERETE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860063875-6
Cra 11 No. 82-71 Piso 5

4469491-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 27173030-0

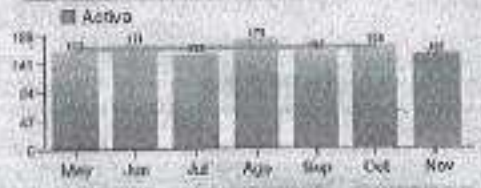
ALIANZA FIDUCIARIA SA
CL 14 B NO 1 19 A 78 BQ 2 IN ARMADA AP 1202
ARMARIO
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO I

16 347 8082 / 1256680

¿Quieres tu factura en físico? Escríbenos al whatsapp



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $823,98

CONSUMO DIARIO: 3,07 kWh

VALOR DIARIO: $2.530

PERIODO FACTURADO: 21 OCTUBRE A 19 NOVIEMBRE

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 152 kWh

Como hacer su lectura de su medidor y no consumo

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000014047
RUTA LECTURA:	1250210141
MANZANA DE LECTURA:	U0
MEDIDOR No.:	1
SUBCLASE:	Basica

CANALES DE ATENCIÓN



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca
601 6 115 115

115 Bogotá

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROVEEDOR ASEO: PROMOTORA AMBIENTAL S.A.S. E.S.P. Cra 7 # 74 Sur 105 Int 2

CUADRILLA VIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 69 B - 03

ATENCIÓN CLIENTE: ASEO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 128 # 54 G-46 Local 103-104

Línea de atención al cliente 115

COMO PAGAR SU FACTURA

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Baloto

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

COMPONENTE DE TARIFA ENEL: Componente del costo: Periodo: OCTUBRE
G: $200,00 T: $32,97 D: $254,81 CV: $15,04 PR: $35,76 R: $34,55 U: $500 Costo kWh $0,0

FECHA GENERACIÓN: 24/11/2025 15:36:37
FECHA EXPEDICIÓN: 24/11/2025 15:06:22

$80.930 + $0 + $22.890 = $103.820

PAGO OPORTUNO
03 DIC /2025
FECHA DE SUSPENSIÓN
05 DIC /2025

ENERGÍA

4469491-8

19 DIC /2025

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

RESIDENCIAL									
FACTURACIÓN									
SUBSIDIO									

SUBTOTAL: $80.930

Otros cobros y/o abonos a energía

Otros cobros de productos y servicios

enel X

1 TOTAL ENERGÍA $80.930

2 TOTAL OTROS $0

ASEO

Ciudad Limpia

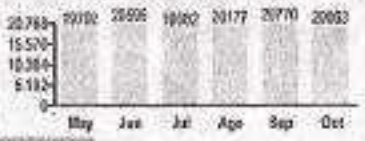
PRESTADOR: CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P

NIT No. 3 | No. 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	12174265	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.	374733639-9	31
PERÍODO DE FACTURACIÓN	19.10.2025 al 18.11.2025	

HISTORICO DE FACTURACIÓN



DETALLE DE FACTURA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$34.810
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-13.920
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEB	$0
ASEO - RELIQUIDACION APROVECHA	$1.895

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

SUSCRIPTOR O DUEÑO	ESTRATO: 3
REVISIONS:	PERIODO FACTURACIÓN: 1
% PARTICIPACIÓN en...	PERIODO CONSUMO: 1

USUARIOS	Cogidos	Descogidos
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COMPONENTES DE LA TARIFA

	COSTO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR ESE APROVECHABLE
	$15.038,57	$6.633,76	$154.660,98

COMPONENTES DE LA TARIFA

BARRIDO	0.00026426
LIMPIEZA URBANA	0.00133589
TRONCO DEL APROVECHAMIENTO	0.00001407
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS	0.05900421
KGSUAIOS NO APROVECHABLES	0.03
APORTANTE APROVECHABLE	0.00

MESES DIVIDIRA: 0

3 TOTAL ASEO $22.890

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

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 22.890,00

NÚMERO DE CUENTE
4469491-8

Documento Equivalente Electrónico No.
374733639-9

(415)7702098143539(8020)914469491(3702)22890(3900)0000000103820

PAGO OPORTUNO
03 DIC /2025

TOTAL A PAGAR
$103.820

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA Nº (Número de Historia Clínica): 116

900255003234123

SI: X NO: (Número de Microchip)

FECHA: 15-enero-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Atenea

COLOR: Tricolor, blanco negro amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 9m PESO: 2.8 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Diego Londoño Jimenez

DIRECCION: CR 16B 104-17 IN 1 APT 202

TELEFONO: 3242162813

CEDULA: 1019991806

CORREO ELECTRONICO: Juandiegolondonojimenez967@gmail.com

BARRIO: El Carmen

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Posible celo

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Angela Patricia 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

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, he sido informado que, aunque la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden presentar, se realiza debido 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 con el uso posterior de lesiones, lesiones, tatuaje, 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:
Wandiego	1019991806

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



LONDOÑO JIMENEZ

JUANDIEGO

COL

09 MAYO 2007

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

30 MAYO 2026, BOGOTA D.C.

03 JUN 2015

I<COL0623071348150 01<<<<<<<<<<
0705095M3506031COL1019991806<7
LONDONO<JIMENEZ<<JUANDIEGO<<<<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

152

acueducto

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

Natalia Ramírez García
Revisor Fiscal Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 03 RUTA: 033358

BIMESTRAL

10943591
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

41444517415
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

¡Hola!

Factura a nombre de:
CAJADEVIVIENDAMILITA CAJADEVIV

Dirección del predio
DG 168 104 17 BI 1 AP 502

Barrio: EL CARMEN 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: FLOSS DE ACTARIS Tipo: VELOCIST2
Serie: AN6334907 Diámetro pulgadas ¾

Período facturado SEP/08/2025 - NOV/13/2025

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

Fecha sugerida próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/11/2026	DIC/03/2025 05:50:12	DIC/03/2025 11:35:23

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

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

Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y ubica la Barra Lila de los puntos de atención, copia 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 11m³

12 | 0 | 12 | 10

MAR-MAY $99.863 | MAY-JUL $81.365 | JUL-SEP $107.778 | SEP-NOV CONSUMO

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	500	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	500	Base promedio	
Tu consumo este periodo	0	Descargue fuente alterna	0
		Consumo subsidiado	

Datos de tu medidor

Marca	HIDROMETAL	Tipo	VELOCIMETRO
Serie	A16025687	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 $48.594,44 (A) + Alcantarillado $42.100,30 (B) + Otros cobros $635 (C D E F)

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período = **Total a pagar** $91.330

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo acueducto (mes)	2,00	$5.295,52	-15	$2.910	$8.328,20	$16.663,24
Consumo básico (m³)	10,00	$5.757,92	-15	$5.037	$3.194,28	$31.942,20
Consumo complementario suntuario (m³) (*)						
Cargo fijo alcantarillado (mes)						
Consumo complementario (m³)						
Subtotal			$8.576		$48.594,44	

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo alcantarillado (mes)	2,00	$4.655,05	-15	$1.197	$3.057,64	$7.015,30
Consumo básico alcantarillado (m³)	10,00	$4.021,87	-15	$6.033	$5.418,55	$34.185,20
Subtotal				$7.230		$42.900,50

*Corresponde a consumos de hasta 15m³ mensuales (22m³ bimestrales). **(+) Aporte aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio aplica para estratos 1,2 o 3.
***La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un X; si hay un aporte, se agrega un X.

Pagos ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico, no aplica

	Tarifa Una Residencia	Tarifa Multifamiliar (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$26,31	$91,35
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$912	$912

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Lavada a la ducha	$5
Llave cerca de roca	$630
Subtotal	$635

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 Bancolombia móvil, app y cajeros: PSE, RapiPay, Mango, efecty, puntored

Para tarjetas crédito/débito y corresponsales bancarios: efecty, puntored

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$91.330

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA DE VENTA NO OBLIGADO A FACTURAR

Este código QR le da acceso a esta factura electrónica, visítela en la Agencia Virtual. Recibe esta factura en el buzón de correo electrónico que registró en la oficina.

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: 117 (Número de historia clínica)

MICROCHIP: Expiry Date: 2030/09/02 900255003219173

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bagheera

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 17 meses PESO: 3.6 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yaneth Rodriguez Torres

DIRECCION: Kr 96I 20D 09

TELEFONO: 3102227351

CEDULA: 52486307

CORREO ELECTRÓNICO: giseka.yanis@hotmail.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: Dic/25

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 ___

FELINOS: ___

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m

F. RESPIRATORIA: 23 r/m

TEMPERATURA: 30 °c

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 mL	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,16 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

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

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa 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, entiendo que he recibido de forma clara y oportuna la información acerca del procedimiento de implantación del microchip y se cuales son los riesgos que lo pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antibióticos, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Yaneth Rodriguez Torres	52486307

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:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.486.307

RODRIGUEZ TORRES
APELLIDOS

YANETH
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 05-OCT-1979
SAN JUAN DE ARAMA
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

20-AGO-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 830 053 994-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

0416275-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 37041016-7

CLIENTE

JOSE ORLANDO PERDOMO
KR 96 I NO 70 D 68
BOGOTA, D.C. - VILLEMAR

17 998 7999 / 22824021

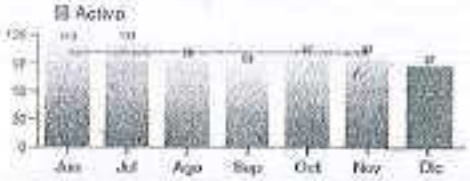
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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 $608,88

CONSUMO DIARIO: 2,80 kWh

VALOR DIARIO: $1.972

PERÍODO FACTURADO: 31 NOV/2025 A 30 DIC/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 87 kWh

¡Este mes hay un ajuste 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:	2,99
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1080051010070069
RUTA LECTURA:	1301700200282
FRANJAHORARIA DE LECTURA:	1
MEDIDOR NO.:	20534701
SUBCLASE:	Básica



PUNTOS DE ATENCIÓN ABEO

PROMOTORA VIAL DEL CENTRO S.A.S. E.S.P. CV 4 No. 10A-20

CADE LA LAMPA BOGOTÁ S.A. E.S.P.

AREA LAMPA DERECHO CENTRAL S.A.S. E.S.P. Calle 100 # 24 - 28 Módulo 1 Piso 1

Línea de servicio al cliente 115

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo

FECHA GENERACIÓN: 26/12/2025 06:37:29
FECHA EXPEDICIÓN: 26/12/2025 11:31:19

$50.530 | $0 | $20.710 | $88.240

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

13 ENE/2025

0416275-7

$ 21 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $58.168

Ajustes a la decena	$-1
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$433
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$ 65
SUBTOTAL:	$304

$50.530

$0

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

CUENTA CONTRATO	10237901
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.	378401215-7
PERIODO DE FACTURACIÓN	10.11.2025 a 10.12.2025

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	133.731
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-65.065
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREC	$-4

COSTO DE LA TARIFA	$18.022,48
COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	$8.646,50
VALOR BASE APROVECHABLE	$154.500,95

MESES EN MORA	0
	$20.710
APORTE NO RESIDENCIAL	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	15%

INFORMATIVO DEUDA TOTAL 29.710,00

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

BARRIDO	0.00246426
LIMPIEZA URBANA	0.00133555
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO	0.00031407
EFECTIVAMENTE APROVECHADOS	0.05093574
RESIDUOS NO APROVECHADOS	0.03
APORO NO APROVECHABLE	0.00

NÚMERO DE CLIENTE
0416275-7

Documento Equivalente Electrónico No.
378401215-7

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$88.240

0.14

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. 118 | 900255003234781 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Minnie | COLOR: Negro - Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 4 m | PESO: 1.3 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 ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Dary Bernal Torres | DIRECCION: CL 17C No 134-70 | TELEFONO: 3145843806

CEDULA: 39757978. | CORREO ELECTRÓNICO: mdaviscfranny25s@gmail.com

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

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N.R. | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 14. 2025

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	02 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	008 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	Angela Marcela Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Mesa 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/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.

Acepto la aplicación de la(s) vacuna(s) y/o [illegible] de implantación del microchip y/o tatuaje 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 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:
Jose. Day Bonal.	3975998.

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 CADÁVER

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 CADÁVER 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 39.757.978
BERNAL TORRES
APELLIDOS
LUZ DARY
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 02-ABR-1971
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
31-OCT-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO



enel Bogotá

Para pagos y servicios su número de cliente es:

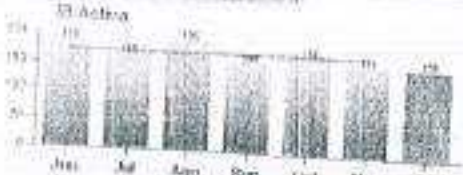
4624385-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3707[illegible]-7

LUZ DARY BERNAL TORRES
CL 17 C NO 134 76 MZ2 PI 4
MANZANA J PISO 4 CASA 12
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

15 392 9015 / 1[illegible]

El Activo



VALOR kWh APLICADO $[illegible]

CONSUMO DIARIO: [illegible] kWh

VALOR DIARIO: $[illegible]

PERIODO FACTURADO: [illegible]

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES [illegible] kWh

Este mes tuvimos acceso a LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se tomaron dentro de la normalidad

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	
ESTRATO:	Residencial
CARGA kW:	2
FACTOR:	2,40
RUTA REPARTO:	1
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR No:	[illegible]
SUBCLASE:	[illegible]
	Sólo [illegible]



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca
601 6 115 115

115

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO



FECHA DE EMISIÓN
23/12/2025 07:14:08
FECHA EXPEDICIÓN
23/12/2025 12:44:03

$67.490 + $0 + $20.110 = $87.599

07 ENE /2026

09 ENE/2026

20 ENE /2026

ENERGÍA 4624385-8

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

SUBTOTAL $86.198

CONTRIBUCIÓN SOLIDARIDAD Y SUBSIDIO	$19.207
CONTRIBUCIÓN CREG SEN (0,5%)	$251
INTERÉS UN CUMS TARIFA APLICADA	$ 232
INTERÉS UN CUMS TARIFA APLICADA	
SUBTOTAL	$ 19.306

Otros cobros de productos y servicios

1 TOTAL ENERGÍA $67.490

2 TOTAL OTROS $0

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

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	70282208	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS	378270162-7	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.11.2025 a 18.12.2025	

20.888	20695	19982	20172	20139	20663	21590
15.666						
10.444						
5.222						
0	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov

CONCEPTO	VALOR
ASEO ORDINARIO RESIDENCIAL	$20.111
ASEO SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-19.001

DATOS DEL USUARIO

Uso registrado: Residencial

UNIDADES	Catastro	Prestadora
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTO PLD TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$18.092,48	$6.381,65	$154.690,98

BARRIDO	0,0026[illegible]
LIMPIEZA URBANA	0,0013[illegible]
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO	0,0000[illegible]
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS	0,0000[illegible]
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0,65
APROVECHO APROVECHABLE	0,00

MESES FACTURA 0

$20.110

APORTE NO RESIDENCIAL 0%

APORTE RESIDENCIAL 0%

SUBSIDIO 40%

INFORMATIVO DEUDA TOTAL $0 / 0 DÍA

NÚMERO DE CUENTE
4624385-8

Documento Equivalente Electrónico No.
378270162-7

PAGO OPORTUNO
07 ENE /2026

TOTAL A PA

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): 119

MICF: 900255003234795

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lola

COLOR: gris.

ESPECIE: CANINO ___ FELINO Y SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: mestizo EDAD: 10m PESO: 3 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO Y

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: Helena Bernal Veloza

DIRECCION: Kra 105 N. 19-71

TELEFONO: 3166128196

CEDULA: 39.757.286

CORREO ELECTRÓNICO: helensm2009@hotmail.com

BARRIO: Centro Fontibon ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 11 2025

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 05-01-2026

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: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 156 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 36 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa Vera 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: fallos 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 lesiones, jaboncs, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, durante 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 evidencio 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:
Helena Bernal V	39757286 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
39.757.286
BERNAL VELOZA
HELENA


25-FEB-1971
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
1.57
O+
F
14-JUL-1989

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0420310-5**

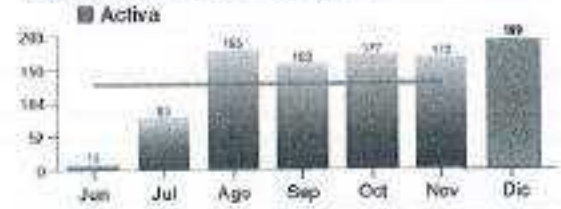
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 378439533-0

CLIENTE

ANA GREGORIA ZEA DE GUATAQUIRA
KR 105 NO 19 71
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - CENTRO FONTIBON

17 366 9323 / 28934131

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $800,09

CONSUMO DIARIO 6,63 kWh

VALOR DIARIO: $4.757

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

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 199 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 121 kWh

Cada mes cuidamos nuestro ☺ la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO para una factura. Encuentra las fechas, puntos y más de consumo en www.enel.com.co

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



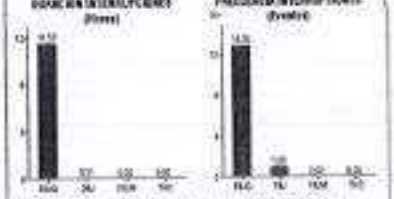
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000173669323
RUTA LECTURA:	13173120073
MANZANA DE LECTURA:	MB00941055
MEDIDOR NO:	28934131
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

Teléfono y oficinas
Chat de servicios
316 886 8003 (Bogotá o paso Aereo)
Enel Colombia
@EnelClientesCO
Registrarte gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 6 115 115	115 Gratuito las 24 horas	606 66 60606 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

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

Corresponsales Bancarios: CENRED, efecty, Baloto, Su Red, Gana, Punto Red, Supergiros, Multipago, Servicios Postales Nacionales, Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: Oficinas Cra, Bosa y Facatativá

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

Si cancelas en corresponsal bancario, exige el respectivo recibo de pago. El pago de corresponsales no es inmediato, allí se verá reflejado en máximo tres días hábiles.

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

G $246,26 T: $84,30 D: $284,84 C-I: $78,01 PR: $16,82 R: $38,15 C-F: $0,00 **$868,09 Costo kWh Mes**

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 61A-20
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenidas Bosa # 5 B - 29
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-30/40 Local 125/126

Línea de servicio al cliente 110

FECHA GENERACIÓN 26/12/2025 02:38:31
FECHA EXPEDICIÓN: 26/12/2025 11:57:12

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo por concepto a favor de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Energías de Colombia), de acuerdo con la aprobación, alcance emitido por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que presta los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención habilitados 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, sociedad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: 20f0542164899e013a7973884a14de413b1f8330b6b44d3f1980c0235d5d13010a9665e67f8073530412402f1f1727364398e1b

62322

62322

Proyecto Tecnológico Central Tecnología e Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENTraslados - NIT 860.531.315-3

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA (Número de Historia Clínica): 120

MICROCHIP: Expiry Date: 2030/09/02 900255003234129

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Olivia | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 5 Meses | PESO: 2.1 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 X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ FERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Naik Paola Acero Maldonado | DIRECCION: Cl 23c 70-50 | TELEFONO: 3149481728

CEDULA: 52987995 | CORREO ELECTRÓNICO: omaet.fer11@gmail.com

BARRIO: Carlos Lleras | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NR | 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: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-3mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	- ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,00 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 42601	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Ferro MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Se informa que existen algunos riesgos que pueden presentarse durante el procedimiento de 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, 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, fue 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:
	52987995 de Bogotá

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
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
52.987.995
ACERO MALDONADO
MAIK PAOLA


10-MAY-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
1.55
O+
NB
03-AGO-2011 BOGOTA D.C.

Por favor doble y rasga para abrir la factura

FACTURA EN LÍNEA



Escanee el código QR ubicado en el formulario y empiece a recibir su factura 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!

Participan 4 cargo de las empresas que conforman el Grupo Vanti. Garantía válida desde el 28/7/2023 y hasta el 28/7/2025. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Puedes agendar tu revisión con nuestros aliados de instalación certificados para el ONAC. Ver Tyc en www.grupovanti.com/MRO

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Banco de Bogotá · BBVA · Bancolombia · Banco Popular · Banco Agrario · Banco Caja Social · Nequi · Daviplata · dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Bancolombia Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo - Móvil: 164 ó 01 8000 919 652
01 8000 181 164

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

CONTRATO DE CONDICIONES UNIFORMES DE LA EMPRESA VANTI S.A. ESP. RESOLUCIÓN CREG 071 DE 1999

Por favor doble y rasga para abrir la factura

¡Hola!

NOHORA ISABEL ROJAS
CL 23C 70 50 IS4 00304 - CARLOS LLERAS
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5137193-372468

Lote: P17GN Ruta: 0011900120340006100 Código del Sector: 485

Cuenta o referencia de pago 60900847

vanti Listo

TU COMPRA VANTI LISTO APROBADO ES: $ 5.300.000

vanti

¡TU COMPRA EMPIEZA escaneando el QR!



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

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

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) 695 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 313 416 4184
Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

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

Por favor doble y rasga para abrir la factura

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago 8090847

vanti

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 15 Ene. 2026

2 — Fecha de suspensión: 16 Ene. 2026

3 — Periodo facturado: Nov. - Dic. 2025

4 — Emisión de su factura: 25 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA ($)	Subtotal ($) A*B+C
CONSUMO GAS	1443	9.370,50	0,00	35.987,00
FIJO	1UN	4.182,00	0,00	4.182,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,00	0,00	1,00

1 — Total $40.170,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Brilla total C=A+B

1 — Total $0,00

3 — Valor facturas vendidas $0,00

Total a pagar: 1 + 2 + 3 $40.170,0

Pago por

Escanee el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial	Estrato/Cat.Tres	Días de consumo 27
Fecha	Lectura	Tipo
24 Nov. 2025	7944	REAL
20 Dic. 2025	7982	REAL

m³ consumo= 7982 - 7944 * Factor de corrección = 14

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

Novedades de tu factura

Después de la fecha de pago oportuno se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $72.000

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 31 Dic. 2026

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor de mi pago este mes es de $2571.

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

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

Compensadores tarifarios

Gcu=984.73 Tm= 282.57 Cm= 988.11 Cm= 2076.0

pc= 68.29 Dvm= 0.0 Cvm= 4168.8 Dvm= 2870.8

Dcm= 0.0 Fpcm= 0.013 CMUR= 0.0 DMUR= 0.0

VpVcTu consumo en m³ de gas equivale a: 105

DMV y el límite unitario de 2m³ es de $0.068

Factor de corrección

Vm= 19 Xm= 0.76754 Pr= 1.0003 Pc= 0.77053

Vc= 19 Tm= 12.74 Te= 15.56 Pz= 1.21998

Pc= 0.752 Fm= 0.8034 Pz= 1.0

Factor de corrección: 0.77053

Indicadores de calidad

PCS= 100.0 CO2= 0.0 O= 100.0 PN= 100.0

(415)7709996028025(8020)8090847(3900)000000004170

Vantiv S.A. E.S.P. Nit 900.226.715-3 Factura No. FIB87184755 C4

ALCALDÍA FONTIBÓN BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA (Número de historia clínica)	MICROCHIP	FECHA
121	Expiry Date: 2030/09/02 900255003231997	15-01-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE	COLOR	ESPECIE	SEXO	RAZA	EDAD	PESO	RAZA DE MANEJO ESPECIAL
Dulceq	Blanco Gris	CANINO ___ FELINO X	HEMBRA X MACHO ___	Mestizo	7 meses	2.5 KG	SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Vicky Amparo Diaz Hernandez	Kr 111A 19A 19	3002315917
CÉDULA: 1016037213	CORREO ELECTRÓNICO: vickydiazh12@outlook.es	
BARRIO: Belen	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: Tecnologo NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: ___
Dic/25	Nov/25	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: Dic/2025

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: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
148 l/m	23 r/m	38 °C	1 seg	Rosas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.2 mL	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.2 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 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 Mercedes Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Munoz Perez 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 Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será intervenido 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.

Adicionalmente se me explicó la técnica de implantación del microchip y los riesgos o reacciones adversas 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 sitio por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras situaciones 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:
Nicry Diaz H	1016037213

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:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.016.037.213



Apellidos
DIAZ HERNANDEZ

Nombres
VICKY AMPARO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.58	F

Fecha de nacimiento: 04 AGO 1991
G.S.: O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
10 AGO 2009, BOGOTA D.C.

Firma
Vicky Diaz H.

Fecha de expiración
02 DIC 2032

.00
0100078 51



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL0100078512150 01<<<<<<<<<<
9108046F3212024COL1016037213<5
DIAZ<HERNANDEZ<<VICKY<AMPARO<<

enel Bogotá

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

1061357-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 2784009339-8

VICKY AMPARO DIAZ HERNANDEZ
KR 111 A NO 19 A 19
PALESTINA
BOGOTA, D.C. - BELALN FONTIBON

17 3164281 / 23197

¿Cómo leer tu factura? Visita el centro de ayuda

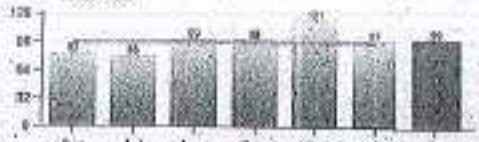
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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



CONSUMO MENSUAL (kWh)



VALOR kWh APLICADO: $800,00

CONSUMO DIARIO: 3,30 kWh

VALOR DIARIO: $2.644

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

DÍAS FACTURADOS: 30

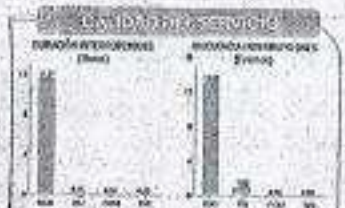
CONSUMO MES: 99 kWh

¡Ya nos tienes cerca! Ahora la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de tu factura.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	5,97
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1080013186281
RUTA LECTURA:	13173480054
MANZANA DE LECTURA:	80638990932
MEDIDOR NO:	23197
SUBCLASE:	Básico

Cuida tu consumo



USO SEGURO de ENERGÍA

Mantén las conexiones eléctricas lejos del agua. Nunca uses recipientes plásticos o empalmes cerca de lavaplatos o duchas.

CONTÁCTANOS

Registro de quejas

Zona privada de Tu Hogar Vivo

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 5 115 115

115 Línea de Fe Pública

Línea de Atención de Emergencias

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

defensor@enel.com.co

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

Efectivo Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. — TV 4 No. 5-55/33

ENTIDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 63 - 20

EMPRESA LIMPIA OESTE CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 129 B # 54 - 30 Local 103-104

Línea de servicio al cliente 110

En esta factura ves un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en facturas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por esta única vez y no afecta los consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art. 168).

FECHA GENERACIÓN: 20/12/2025 05:01:13
FECHA EXPEDICIÓN: 20/12/2025 10:13:09

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.393-1

ORDEN DE SERVICIO

OS: 9623166619 DV: 527561
ente: 113324 ENEL CODENSA INTEGRACION
ha: 03/01/2026 12:55:08
: 995066
BARRA: 0110613578378439638O
FRENCIA: 16299480
ODEUDA: DV
ERODOCUMENTO: 378439638O
TADEUDA: 162360
CRIPCION_RETORNO:NOTIFICACION EXITOSA
erencia: 16299480 Valor: $162.360,00

PROYECTO: 113324 SUPS:
995066 SUCAJERO: BELLCARO
Para reclamaciones presente este

$94.660

$162.360

PROXIMA FECHA
08 ENE /2026

FECHA DE CORTE
13 ENE/2026

1061357-8

21 ENE /2026

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $67.325

$67.700

$0

ASEO Ciudad Limpia

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

NÚMERO PARA CONSIGNAR CONSULTA

CUENTA CONTRATO	10263163	días facturados
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	378439638-0	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	18.11.2025 a 18.12.2025	

	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
98.344	06978	92903	55011	92947	96672	98345
73.758						
49.172						
24.586						
0						

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$63.701
ASEO - SERVICIO NO RESIDENCIAL	$43.982
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-5.057
ASEO - CONTRIBUCIÓN NO RESIDEN	$31.901
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEFI	$-1

DATOS DEL USUARIO

TIPO FACTURACIÓN: Pequ. Prod. Comercial

VOLUMEN: 0.0000 ESTRATO: 3

CONSUMO: 0.00 FREC. RECOLECCIÓN: 3

% DISTRIBUCIÓN: 0% FREC. BARRIDO: 3

USUARIOS	Ocupados	Desocupados
Residenciales	1	0
No residenciales	1	0

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$36.184,98	$23.473,70	$154.680,98

BARRIDO:	0.03246426
LIMPIEZA URBANA:	0.00103599
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001497
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.06802574
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.00
ACERO NO APROVECHABLE	0.00

MESES EN MORA: 0

$94.660

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

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $4.000.00

NÚMERO DE CUENTE
1061357-8

umento Equivalente Electrónico No.
378439638-0

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$162.360

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): 122

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231991

FECHA: 15-09-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Estrellita | COLOR: Calico

ESPECIE: CANINO__ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO__ | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 Año | PESO: 2.5 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR__ CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO__ OTRO__

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO__ COMPRADO__ ADOPTADO X REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Vicky Amparo Diaz Hernandez | DIRECCIÓN: Kr 111A 19A 19 | TELEFONO: 3002315417

CEDULA: 1016037213 | CORREO ELECTRÓNICO: Vickydiazh17@outlook.co

BARRIO: Belen | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnologo | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NR

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 (II) III. IV. V. VI. E | CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 mL	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	02 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	008 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 Suárez, Médico Veterinario y Zootecnista, Universidad de la Salle, T.P 47661 | FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa Perez, 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 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 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 pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a controversión 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:
-Very Diaz H.	1016037213

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:

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.016.037.213



Apellidos
DIAZ HERNANDEZ

Nombres
VICKY AMPARO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.58	F

Fecha de nacimiento
04 AGO 1991

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
10 AGO 2009 BOGOTA D.C.

Firma
Vicky Diaz H.

Fecha de expiración
02 DIC 2032

CO

3100078S1





ICCOL0100078512150O1<<<<<<<<<<
9108046F3212024COL1016037213<5
DIAZ<HERNANDEZ<<VICKY<AMPARO<<

enel · Bogotá

EMD COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 900065 676-8
Calle 83 No. 10 - 45 Piso 1

1061357-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3780696558-0

CLIENTE

VICKY AMPARO DIAZ HERNANDEZ
KR 111 A NO 19 A 19
PALESTINA
BOGOTA, D.C. - BELA N FONTIBON

17 316 8281 / 23197

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



CONSUMO AMBIENTALMENTE RESPONSABLE

Activa



VALOR KWH APLICADO $900.00

CONSUMO DIARIO 3,30 kWh

VALOR DIARIO $2.244

PERÍODO FACTURADO: 01 NOV/2025 A 30 DIC/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 99 kWh

¡Estar más tranquilo/a acerca de la LECTURA DE TU MEDIDOR y su CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	5,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1060017210082001
RUTA LECTURA:	10172 0800064
MANZANA DE LECTURA:	0800064002
RECIBO DE NO:	23197
REFACTURACIÓN:	Tolefica

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 6 515 515

115

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

FACILIDAMENTAL DISTRITO E.A.E.S.P. TV 4 No. 64A-35

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ E.A. E.S.P.

ASEO LIMPIA DISTRITO CAPITAL, S.A.S. E.S.P. Calle 129A 58 37 Local 102-317

Línea de servicio al cliente 115

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

Billeteras Virtuales

Corresponsales Bancarios

Red Efectivo

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

Si 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 por 150).

FECHA GENERACIÓN 20/12/2025 12:41:13
FECHA EXPEDICIÓN 29/12/2025 10:19:00

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

: 9623166619 DV: 527561
te: 113324 ENEL CODENSA INTEGRACION
: 03/01/2026 12:55:08
995066
ARA: 01106135783784396380
ENCIA: 16299480
EUDA: DV
DOCUMENTO: 3784396380
DEUDA: 162360
IPCION_RETORNO:NOTIFICACION EXITOSA
encia: 16299480 Valor: $162.360,00

PROYECTO: 113324 SLIPS:
995066 SLICAJERO: BELLCARO
ara reclamaciones presente este

$94.660

$162.360

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

FECHA DE CORTE
13 ENE/2026

21 ENE /2026

1061357-8

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $67.320

$67.700

$0

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

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	10263163	No. usuarios
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	3784396380	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	18.11.2025 a 18.12.2025	

	90978	92693	93051	93847	94473	96345
98.346						
73.758						
49.172						
24.586						
0						

Jun Jul Ago Sep Oct Nov

CONCEPTO	Valor
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$59.791
ASEO - SERVICIO NO RESIDENCIAL	$4.042
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-5.083
ASEO - CONTRIBUCIÓN NO RESIDEN	$21.961
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBI	$0

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Peqs. Prod. Comercial

VOLUMEN: 0.0000 ESTRATO: 0

DENSIDAD: 0.00 PROG. RECOLECCIÓN: 3

% APROVECHABLE: 0% FREC. BARRIDO: 3

USUARIOS	Cuapdos	Desocupados
Residenciales	1	0
No residenciales	1	0

COSTO FIJO TOTAL:	$36.194,36
COSTO UNIDAD NO APROVECHABLE:	$83.473,70
VALOR BASE APROVECHABLE:	$154.692,06

BARRIDO:	0,00246826
LIMPIEZA URBANA:	0,00132609
RECAUDO DEL APROVECHAMIENTO:	0,00061607
EFECTIVAMENTE APROVECHADOS:	0,00082574
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.09
AFORO NO APROVECHABLE	0.00

MESES EN MORA: 0

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

$86.680

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $4.648,00

NÚMERO DE CLIENTE
1061357-8

umento Equivalente Electrónico No.
3784396380

(415)7707209914252(8020)01061357837843963803900000000162360

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$162.360

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA N°: 123 | MICROCHIP: 900255003231988 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Raven | COLOR: Gris Blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 3 años | PESO: 3.1 kg | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: David Alejandro Pachon Ramirez | DIRECCIÓN: Cl 20D 96A 29 | TELÉFONO: 3135571387

CÉDULA: 1026589069 | CORREO ELECTRÓNICO: davidpa-555@hotmail.com

BARRIO: El Tintal Central | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 10 Enero 2026 | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: Julio 25

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: ___

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

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa ___ LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/mm/aaaa Julio 25

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: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 l/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 mL	5-7mg/kg IV
	Morfina	0,2 mL	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN(S.P.B.)	0,3 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 Patricia Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Me han explicado que el [illegible] y que la información [illegible] pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de locciones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, 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, 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:
David Alejandro Pachon Ramirez	1026584064

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 **1.026.584.064**
PACHON RAMIREZ
APELLIDOS
DAVID ALEJANDRO
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **14-AGO-1995**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-AGO-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-30492453-M-1026584064-20131002 0035236145A 2 39118513

Bogotá

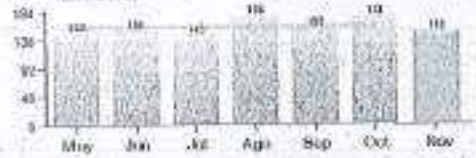
0423947-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 2760109250

GUILLERMO FRANCO M
CL 20 D NO 95 A 29
INT 13 FONTIBON
BOGOTA, D.C. - EL TINTAL CENTRAL

17 311 7747 / 4213031

El Activo



VALOR kWh APLICADO: $509,99

CONSUMO DIVIDIDO: 4,00 kWh

VALOR DURO: $3.516

PERÍODO FACTURADO: 22 OCT/2025 A 20 NOV/2025

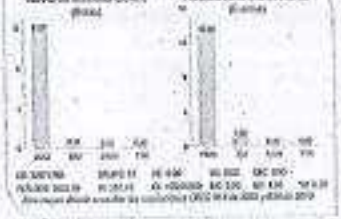
DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES kWh/kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	4,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1800917511747
RUTA LECTURA:	1213030836
LIBRANZA DE LECTURA:	M0806472289
MEDIDOR No:	4213031
SUBCLASE:	Rústica



Bogotá, Sabanas Cundinamarca
604 5 115 115

115 Bogotá

COMPONENTES DE TARIFA (COP) / Componentes de tarifa

PUNTOS DE ATENCIÓN AL CLIENTE

PROMIGAS GAS & ENERGÍA S.A. E.S.P. — Cra 7 No. 69A-25

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 6 B - 78

ATENCIÓN AL CLIENTE

Línea de servicio al cliente 115

FECHA GENERACIÓN: 20/11/2025 00:49:53
FECHA EXPEDICIÓN: 20/11/2025 22:49:06



04 DIC /2025

05 DIC/2025

0423947-1

.20 DIC /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $105.490

Ajustes a la decena

SUBTOTAL: $0

$105.490

$0

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

CUENTA CONTRATO	10542161	Días facturados	
FACTURA DE REFERENCIA PERIODO ING.	374910225-0	31	
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.10.2025 a 18.11.2025		

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$95.844
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$ 5.004
ASEO - AJUSTE A LA DECENA ORDI	$ 3
ASEO - RELIQUIDACION APROVECHA	$2.807
ASEO - INTERES POR MORA	$36

USUARIOS	Originales	Reimpresiones
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTO PLU TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	COSTO BASE APROVECHABLE:
$16.838,57	$6.908,04	$154.680,96

SUBSIDIO	$32.680
APORTE NO RESIDENCIAL	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	15%

BARRIDO	0.00346426
LIMPIEZA URBANA	0.01133509
[illegible]	0.00[illegible]497
[illegible]	0.00[illegible]421
[illegible]	0.03
APORTE NO APROVECHABLE	0.00

SUBTOTAL DEUDA TOTAL: 32.680,00

NUMERO DE CUENTA
0423947-1

mento Equivalente Electrónico No.
374910225-0

PAGO OPORTUNO
04 DIC /2025

TOTAL A PAGAR
$138.170

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA No. (Número de Historia clínica): 124

MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003234121

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Clo - clo

COLOR: Atigrado

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA Mestizo EDAD 1 Año PESO: 2.8 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 FERIO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Dora Rodriguez Barrera

DIRECCION: Cl 178 111-03

TELEFONO: 3239913756

CEDULA: 52319275

CORREO ELECTRÓNICO: dora342008@gmail.com

BARRIO: Villa Carmenza

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 Julio 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: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °C TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	03 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	012 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/Castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento en mención prequirúrgicos.

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

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Alonso Forero 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: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones anestésicas e incluso la muerte.

Asimismo, se me ha explicado y entiendo que durante el procedimiento de implantación del microchip pueden presentarse. Se resalta 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 lesiones, jabones, talcos, aplicación de antibióticos, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgico 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:
	52319225

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 DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

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

ESCUELA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 52.319.225



RODRIGUEZ BARRERA

DORA

COL

1.55

F

04 ENE 1975

BOGOTA D.C (CUNDINAMARCA)

19 FEB 1993 BOGOTA D.C

18 OCT 2034

056961265

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL056961265015001<<<<<<<<<<<
7501045F3410185COL52319225<<<0
RODRIGUEZ<BARRERA<<DORA<<<<<<<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

135

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natacha Avendaño Galvis
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 53 RUTA: S33698

BIMESTRAL

10716519	13185772913
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de

MARIA RITA GOMEZ LOPEZ

Dirección del predio

CL 178 111 03

Barrio: VILLA CAROLINA 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: ELSTER	Tipo: VOLUMÉTRICO
Serie: A19FA78955	Diámetro pulgadas: ½

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

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

Fecha estimada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/17/2026	DIC/06/2025 07:01:21	DIC/06/2025 11:47:38

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 Acuadenta

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.

12867

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: 125

MICROCHIP: 900255003234557

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Brandy

COLOR: Blanco Atigrado

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 6 Meses

PESO: 2.5 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sonia Bibiana Reina Mora

DIRECCIÓN: Kr 118 B 18 A 74

TELEFONO: 3105737001

CEDULA: 52156779

CORREO ELECTRÓNICO: soniabibianareina@hotmail.com

BARRIO: San Pablo Jerica

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NR

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Sept 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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLC	MUCOSAS
140 l/m	23 r/m	38 °c	1 seg	Rosas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.2 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

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

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

FIRMA:

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

FIRMA:

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información clara 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 lesiones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otros sustentos que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autoriza al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autoriza 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 cobre 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:
Sonia B Reina M	52156779

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 52.156.779
REINA MORA
APELLIDOS
SONIA BIBIANA
NOMBRES
Sonia B. Reina M.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-MAR-1973
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
20-MAY-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas su número de cliente es: **0423475-8**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 370348096-8

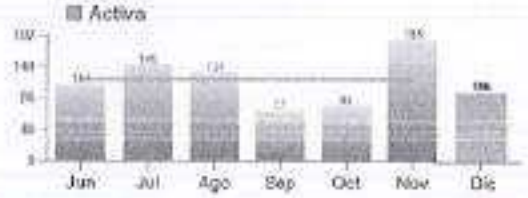
49744

CLIENTE

NIDIA FABIOLA REINA MORA
KR 118 B NO 18 A 24
BOGOTA, D.C. - SAN PABLO JERICA

16 318 7592 / 873480

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $693,09

CONSUMO DIARIO: 3,53 kWh

VALOR DIARIO: $2.453

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

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 106 kWh

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

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,65
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100019010017002
RUTA LECTURA:	1319020000185
MANZANA DE LECTURA:	M000641268
MEDIDOR NO:	873380
SUBCLASE:	Normal

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Línea gratuita nacional 018000 115 115 (Línea Bogotá para Roaming)

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

Línea gratuita de la página Web

App Enel Colombia

App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SEGURA AL CLIENTE	EMERGENCIAS	SEGURIDAD
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 315 115	115 Opción No. 1	601 la 40055 denuncias@enel.com

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

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Efectivo

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 19A-26
CLEAN CITY BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Bosque # 9 B - 26
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-09 Int 2 Local 123-121

Línea de servicio al cliente 110

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del cargo Vigencia: 05/2025

FECHA GENERACIÓN: 20/12/2025 01:00:23
FECHA EXPEDICIÓN: 20/12/2025 12:00:30

Prestador: Tecnologías Carvajal Tecnología y Servicios SAS ESP. • Instituto del SIN: CNSP-Nacional - NIT 830.202.183-0

Página 1 de 6

CUFE: 7fa8ea21e1d1b0344e4ed1 4fa5c4e8 7f0b0d0b5c0d1c1b7f0f0b9b5867 8f81975b3d27fea4a8a5760b4d (NAT) 027-43d

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): 126

900255003231041

NO (celo): | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pepa | COLOR: Atigrado Amarillo-gris Hueso

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 7m | PESO: 2.6 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

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

CEDULA: 1000 326 308 | CORREO ELECTRÓNICO: ospina@hotmail.com.

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

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/06/2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: /

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Julio Sanz 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. 41441	FIRMA

FONTIBÓN

B. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paros respiratorios o 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, 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 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:
Edwin Ogura	1000326308

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.326.308

OSPINA ARIAS

APELLIDOS

EDWIN

NOMBRES

Edwin Ospina

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-JUL-2002

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

31-AGO-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
DEL ESTADO CIVIL

INDICE DERECHO

enel | Bogotá

2405720-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 378026437-1

CUENTE

LUZ HELENA ARIAS
KR 124 A NO 16 A - 37 IN 3
0
BOGOTA, D.C. - SAN PABLO JERICA

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

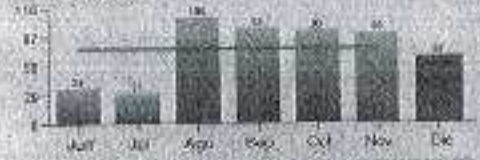
El hurto de energía puede causar accidentes, cortocircuitos y fallas en el servicio.

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR KWH APLICADO $306.00

CONSUMO DIARIO 5,03 KWH

VALOR DIARIO $1.513

PERIODO FACTURADO 30 NOVIEMBRE A 31 DICIEMBRE

DIAS FACTURADOS 31

CONSUMO MES 47 KWH

¿Estás interesado acerca 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 K.W:	3,00
FACTOR:	1
RUTA HORARIO:	1902016303T001
RUTA LECTURA:	1216210074
MANZANA DE LECTURA:	M029641315
MEDIDOR NO:	952347
BUNCA Alias:	Bunca

USOS EFICIENTES Y AHORRO

Mantén los grifos abiertos solo el agua. No los dejes goteando. Cierra el grifo de la ducha mientras te enjabonas o afeitas.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Página web gratis

Zona privada de Enel-X

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Cajicá y Chinchiná 601 6 515 115

115 Celular

Peticiones, quejas, reclamos y solicitudes

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billeteras Virtuales

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 115

En caso de que no se haya realizado un cobro por un valor no incluido en las tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 6 meses, por una sola vez y sin interés, los consumos futuros, conforme a la Ley 142 / 1994 (art. 150).

FECHA GENERACIÓN: 23/12/2025 01:09:51
FECHA EXPEDICIÓN: 23/12/2025 13:29:13

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 TIC Número de HISTORIA interno: 127

900255003234523

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD Y CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Molly

COLOR: Calico.

ESPECIE: CANINO___ FELINO Y SEXO: HEMBRA Y MACHO___ RAZA Mestiza EDAD 7m PESO: 2.2 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO Y

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO Y

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO___ OTRO___

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO Y REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leyder Camilo Rincon Mendez

DIRECCIÓN: cl 23 H bis p. 107-39

TELEFONO: 3202758685.

CEDULA: 1.016.103.320

CORREO ELECTRÓNICO: rincon camilo158@gmail.com.

BARRIO: Versalles

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

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

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

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

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

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/06/2025 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml	5-2mg/kg IV
	Atropina	0.2 ml	1V
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5ml/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.03 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 Sierra Medico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47661

FIRMA

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

FIRMA

FONTIBÓN

A. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

[illegible] pueden presentar. Se aclara enfáticamente 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 inadecuado de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños locos 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:
Carlo Z	1016033320

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.016.103.320
RINCON MENDEZ
APELLIDOS
LEYDER CAMILO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-JUN-1998
FONTIBON
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
05-JUL-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

Factura de gas — Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago 60703862

BOGOTA

¡Hola!

LINDA RINCON

CL 23H BIS 107 39 - VERSALLES

BOGOTA

Vanti S.A. ESP.

Medidor Gas No. 5097187-181120

Revisión Periódica Obligatoria

Tus últimos consumos

Lote: P18GN Ruta: 0011020162540005000 Codigo del Sector: 326

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ene. 2030

Agende en su RPO aquí

Cuenta o referencia de pago 60703862

vänti

Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: Tarifa $ 5.300.000

Sep $2719 Oct $2748 Nov $2742

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

Fechas importantes

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

Fecha de suspensión 08 Ene. 2026

Periodo facturado Nov. - Dic. 2025

FACTURA EN LÍNEA

Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Emisión de la factura 19 Dic. 2025

Conceptos

Inscríbete aquí

Concepto	Valor unitario ($)	Tarifa	Subtotal Cm+(A*B)+C
CONSUMO GAS	2.570,50	0,00	20.564,00
FIJO	4.182,00	0,00	4.182,00
AJUSTE DECENA	4,00	0,00	4,00
	11.294,12	2.145,88	13.440,00

Datos de medición

Uso Residencial — Estrato Cat Tres — Días de consumo 05

Fecha				
18 Nov 2025	8148	REAL		
18 Dic. 2025	8153	REAL		

Nº contador 8153 — Factor de corrección 0,8 — Factor de conversión 0,77020

Poder de calentamiento 1,0 — Entre 14 y el 19 de cada mes

Componentes tarifarios

Cm $224,73	Tm $80,57	Dm $48,11	Cm $5743,3
			Cuom $5743
			DAUNR $ 0

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

Pagos electrónicas en otros entidades

Recaudo PSE — Botón Bancolombia

Total $38.190,00

Recuerda que puedes pagar tu factura de gas en tres cuentas cobrando en una sola transacción

Tasa de interés financiación

Cuota Nº — Capital — Intereses — Subtotal Cuo

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, este debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía es una forma de ayudar a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Facturas vencidas $0,00

Línea telefónica solo para emergencias

Atención todas los días las 24 horas

Fijo - Móvil: 164 ó 01 8000 919 052 $0,00

01 8000 181 164

Total a pagar 1 + 2 + 3 $38.190,00

Atención preferencial

Ingresa a www.grupovanti.com y conoce agendar su cita

Paga por

Escanea el código QR

Participa y gana uno de los 20 BONOS de $1.000.000

Entre 14 y el 19 de cada mes realizando compras iguales o superiores a $150.000 haciendo uso de tu cupo Vanti Listo en tiendas aliadas.

Indicaciones de cuidado

Novedades de tu factura

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Atención telefónica: lunes a sábado 7 a.m. a 6 p.m.

Gestiona sin salir de casa

WhatsApp 315 418 4164

Vanti en línea

www.grupovanti.com

NUESTROS EXPERTOS No RECIBEN DINERO

(415)7709998026025(8020)60703862(3900)000000000038190

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Cuenta o referencia de pago 60703852 BOGOTA

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno 07 Ene. 2026	Fecha de suspensión 08 Ene. 2026	Periodo facturado Nov. - Dic. 2025	Emisión de tu factura 19 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	8M3	2.570,50	0,00	20.564,00
FIJO	1UN	4.182,00	0,00	4.182,00
AJUSTE DECENA	1UN	4,00	0,00	4,00
Vanti Max Antiguo	1UN	11.294,12	2.145,88	13.440,00

1 — Total $38.190,00

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

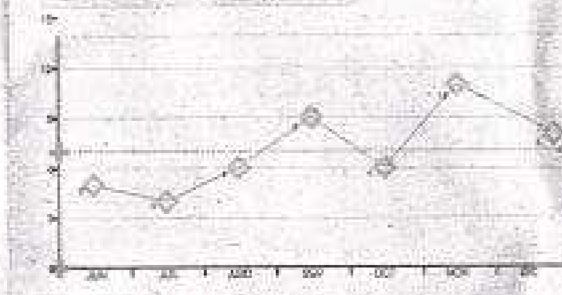
Total a pagar 1 + 2 + 3

$38.190,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso:Residencial Estrato/Cat.Tras. Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
18 Nov. 2025	8149	REAL
18 Dic. 2025	8159	REAL

m³ corregido= 8159 - 8149 * Factor de corrección = 8

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 Ene. 2030

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

Factor de corrección

Indicadores de calidad



(415)7709998026025(8020)60703852(3900)0000000038190

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA Nº (Número de historia clínica): 128

MICROCHIP: 900255003234560

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Azumi

COLOR: Blanco

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 16 Meses

PESO: 3.5 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jonathan Jose Diaz Crespo

DIRECCION: Cl 25D 89B 98

TELEFONO: 3107195117

CEDULA: PPT 5979990

CORREO ELECTRÓNICO: setracuj@icloud.com

BARRIO: Modelia

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Ene 10/26

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. EXAMÍN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
150 l/m	23 r/m	36 °c	1 seg	Rosas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5-7mg/kg IV
	Morfina	0,2 ml.	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,16 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Angela Mariela Díaz — Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036

FIRMA:

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

FIRMA:

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, estoy/no estoy consciente de los riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicos 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 antiguas, 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 aclarados 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:
	* 5474940

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
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 5474940

COL

DIAZ CRESPO
APELLIDOS

JONATHAN JOSE
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

78506149
CÉDULA

21-04-1996
FECHA DE NACIMIENTO

22-06-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

Jonathan
FIRMA

ÍNDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5474940<<3<<<<<<<<<<<<<<<
9604216M3105308VENE2024916<<<4
DIAZ<CRESPO<<JONATHAN<JOSE<<<<



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:

Too fácil tenerla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerde que puede pagar sus facturas de uno o varios cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Baloto · Bancolombia · BBVA · Davivienda · Banco de Occidente · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

*Si cancelas con cheque, debe estar 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. 800.058.813-5

¡Hola!

CARLOS HOLGUIN
CL 25D 84B 48 00401 - MODELIA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097105-208733

Lote: P06GN, Ruta: 001188032209000500 Código del Sector: 007

Cuenta o referencia de pago **61744133**

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti Listo



Compra con tu cupo de crédito Vanti Listo lo que quieras.

Cupo hasta de $8.000.000 en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.

Extracupo hasta de $2.000.000 exclusivo para motos.

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

Éxito · Ktronix · Home Center

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago: 61744133

BOGOTÁ

Nit: 800.067.813-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 26 Nov. 2025
2. Fecha de suspensión: 27 Nov. 2025
3. Periodo facturado: Oct. - Nov. 2025
4. Emisión de tu factura: 12 Nov. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	9M3	2.741,88	0,00	24.676,21
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	4,79	0,00	4,79

1 - Total $28.860,00

Tus financiaciones

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

2 - Total $0,00

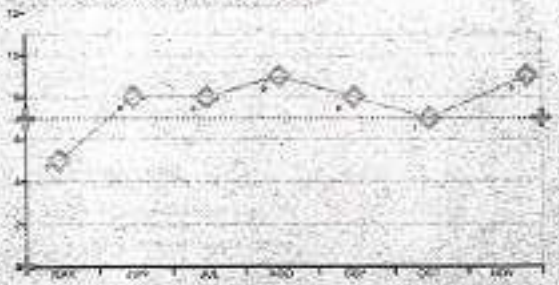
3 - Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $28.860,0

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso:Residencial Estrato/Cat.:Tres Días de consumo: 33

Fecha	Lectura	Tipo
08 Oct. 2025	1209	ESTIMADO
09 Nov. 2025	1220	REAL

m³ corregido= 1220 - 1209 * Factor de corrección = 9

Tu próxima lectura será: Entre 03 y el 08 de Diciembre

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Nov. 2026

La revisión de la instalación interna es la responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente (Resoluciones 059 de 2017 y 40 363 de 2021).

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2742.

Ago. $2804 Sep. $2719 Oct. $2746

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

Componentes tarifarios

Gm: 1424.91 Tm: 232.00 Dm: 589.2 Cm: 2741.88
Pc: 29.2 Ovo: 0.0 Cuota: 180.0 Cuota: 2741.88
Com: 0.0 Fpoc: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Hola! Tu consumo en m³ de gas ha subido 10% kWh y el precio unitario del kWh es $272.210

Factor de corrección

Vfc: 11 Kp: 0.76865 Kt: 1.34001 Pb: 0.7725
Vb: 9 Tm: 19.75 Tb: 15.56 Pm: 1.01068
Pz: 0.783 Pm: 0.6234 P pc: 1.0

Factor de corrección: 0.7735

Indicadores de calidad

BRF: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPZ: 100.0



(415)7709996026025(8020)61744133(3900)000000000028860

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) 129

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231989

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nucita

COLOR: Negro Blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 6 Meses PESO: 2.4 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 X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Andrea Viviana Jimenez Cossio

DIRECCION: Cl 161 109-46

TELEFONO: 3124742563

CEDULA: 1076055971

CORREO ELECTRÓNICO: andrijica06@gmail.com

BARRIO: El Carmen

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NR

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 07-01-25

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 19-Nov-25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m F. RESPIRATORIA: 27 r/m TEMPERATURA: 38.2 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.2 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml	20,000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Mesa Forero 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 intervenido 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 la no contención de lesiones, jabonar, talco, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se 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. 1061055971.

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.016.055.971**

JIMENEZ CASAS

APELLIDOS

ANDREA VIVIANA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-JUN-1993**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-JUN-2011 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A 1500150 007180311 F 1016055971 20150702 **0044664785A 1** 1713471557

Scanned by CamScanner

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

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

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



Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Paga única de varias facturas

Escanea para pagar tu factura

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.872-8

Se le suspenderá el servicio por falta de pago y tendrá que cancelar el reinicio del mismo el valor de la instalación interna y de artefactos no cargados. Como consumidor, puede presentar su reclamo de reposición ante la empresa y pedir ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (Ley 142 de 1994 y posteriores) que se suspenda el cobro de la factura en el caso de que el reclamo no sea resuelto en el plazo establecido en el contrato de condiciones uniformes o en la ley. Si no estás de acuerdo con el valor cobrado en la factura, puedes acudir ante la empresa y pedir que se suspenda el cobro de la factura en el caso de que el reclamo no sea resuelto en el plazo establecido en el contrato de condiciones uniformes o en la ley. Si no estás de acuerdo con el valor cobrado en la factura, puedes acudir ante la empresa y pedir que se suspenda el cobro de la factura en el caso de que el reclamo no sea resuelto en el plazo establecido en el contrato de condiciones uniformes o en la ley.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

NANCY ESTHELA CASAS
CL 161 104 46
000000

vanti
Más formas de avanzar

Medidor Gas Nº 5097197-139500

Cuenta o referencia de pago **60718918**

vanti Listo

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

Tu cupo de crédito aprobado
0

Lote 9120 Ruta 00110020241010 Código del sector 3204



Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Oficina virtual
www.grupovanti.com/oficinavirtual

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago: 60718918

Vigilado Superservicios

NIT 8000078135
VANTI S.A. ESP

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
09 Ene. 2026	10 Ene. 2026	Nov. - Dic. 2025	23 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	2563	2,870.00	0.00	84,262.00
FIJO	1UN	4,182.00	0.00	4,182.00
AJUSTE DECENA	1UN	4.00	0.00	4.00
RECAUDO TERCEROS Cosegpark Protección Exequ	1UN	22,990.00	0.00	22,990.00
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudor	1UN	3,897.00	0.00	3,897.00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRAVADO	1UN	17,630.23	0.00	17,630.23
Varios Mes	1UN	11,824.37	2,286.63	14,111.00

1 – Total 127,116.79

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
5.50 % Cuota Protegida	012	28,000.00	0.00	28,000.00
1.70 % Exito Tecnología	013	43,972.62	11,142.68	43,972.62
1.70 % Exito Tecnología	014	8,388.39	2,350.34	8,388.39
1.70 % Tecnología Cobranza Vanti	011	39,567.60	3,077.57	39,567.60
1.70 % V-Tecnología Vanti	012	45,342.60	2,464.65	45,342.60

2 – Total 171,521.21

Valor facturas vencidas

0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3

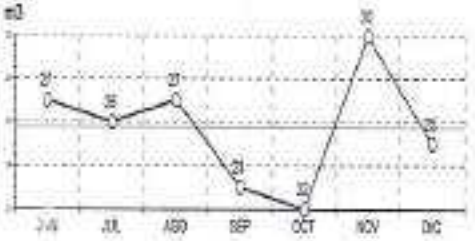
298,640,00

Paga por

Escanea el código QR

(415)7709998026025(8020)60718918(3900)00000000298640

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencia Estrato/Col. Tres Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
18 Nov. 2025	2.911	REAL
16 Dic. 2025	2.944	REAL

m³ corregido = 2944 - 2911 * Factor de corrección = 25

Tu próxima lectura será

Entre 14 y el 19 de Enero

Novedades de tu factura

Total financiación $ 336000.00

Revisión Periódica Obligatoria

Fecha próxima revisión

31 Oct. 2028

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse cada 5 años (Resolución 059 de 2013).

Tarifas

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

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

Tarifas reguladas por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Gen	1,324.79	Trm	582.87	Dist	568.11	Comc	2,579.9
Pr	65.39	Comc	0.00	Dist%	4.182	Comm	2,579.9
Com	0.00	Fcom	43.51	DistUR	0.00	DistUR	0.00

M/N/Tu consumo en m³ de gas equivale 285
kWh y el precio unitario del m/h es: 202.01

Factor de corrección

Vm	32 Kpa	0.76596 Kt	1.00834 Pt		0.77253
Vc	29 Tmc	13.74 Tc	15.56 Pm		1.01008
Pa	0.75290 Pm	0.02040 F pcr	1.30		
Factor de corrección		0.77253			

Indicadores de calidad

RST: 100.00 DES: 3.00 TD: 100.00 IPK: 100.00



Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autoretenedores Resolución No. 4929 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 15764091267957 del 31/03/2025. Facturación electrónica desde: N° 58000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Esta factura cumple con la Resolución 000165 de 2023 de la CREG

Código único de Facturación Electrónica (CUFE) de la factura electrónica: 0ca0c5d1a7e2c9f4b8d6e3a1f5c7b9d2e4a6c8f0b2d4e6a8c0e2f4a6b8d0e2f4

Factura electrónica de venta # FEV-59745

Fecha de pago oportuno: 09 Ene. 2026 Fecha de suspensión: 10 Ene. 2026

Unidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. NIT 8000078135 VANTI S.A. ESP. Resolución DIAN No. 18764091267957 de 31/03/2025 prefijo FEV rango 58000001 - 100000000 Software de Facturación Electrónica: Sistema propio

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: 130

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231996

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zoe

COLOR: Atigrado Blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 3 años PESO: 3.4 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: Paula Daniela Buitrago Benavides

DIRECCION: Cl 15 119A 37

TELEFONO: 3205911264

CEDULA: 1032492217

CORREO ELECTRONICO: pauladanielabb@gmail.com

BARRIO: Charco

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Posgrado NS/NR: ___

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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 ___

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa ___ LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/mm/aaaa Jun/025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 36 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	04 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 ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin patologías preexistentes.

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

FIRMA

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

FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento 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.

[illegible] pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
[signature]	1032492217

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.492.217
BUITRAGO BENAVIDES

APELLIDOS
PAULA DANIELA

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

31-JUL-2015 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

FACTURA EN LÍNEA





tu factura Vanti en tu correo.

FACTURA EN LÍNEA

Medios digitales Vanti

Pagos electrónicos en otras entidades

Puntos Presenciales

164

¡Hola!

CONSTRUCTORA LATERIZIO SAS

BOGOTA

vanti

Cuenta o referencia de pago **62821017**

vanti

APROBADO ES

vanti



Participa y gana una de los

por compras iguales o superiores

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Diciembre 2025

Fechas importantes

2	3	4
Fecha de vencimiento 15 Ene. 2026	Periodo facturado Nov - Dic. 2025	Emisión de tu factura 24 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Medida (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

1 Total $57.190,00

Tus financiaciones

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

2 Total $0,00

3 Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar $57.190,0

Paga con

Tus últimos consumos

Datos de medición

Via Residencial	Estado Cort.Dist.	Tipo de consumo y
Fecha	Lectura	Tipo
17 Nov. 2025	4616	REAL
20 Dic. 2025	4651	REAL

Tu próxima factura será Entre 18 y el 23 de Enero

Novedades de tu factura

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 May. 2028

Tarifas

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Información de calidad





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: 131 (Número de HISTORIA Clínica)

MICROCHIP: Expiry Date: 2030/09/02 900255003234796

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Niña

COLOR: Negro Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 2 años PESO: 4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Erika Lucia Gil Ortegon

DIRECCION: Kr 111 19A 32

TELEFONO: 3112027492

CEDULA: 52461792

CORREO ELECTRÓNICO: 3112027492@sincorreo.com

BARRIO: Belen

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Dic 2025

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NR

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 CLINICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
150 l/m	23 r/m	38 °C	1 Seg	Rosadas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
	Morfina	0,2 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,16 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

En calidad de (Cirujano y/o 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 Mesa Perez. 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 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.

Se me informó que se realizará la implantación y aplicación de microchip y que pueden presentar. Se realiza el 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 con salida posterior de lesiones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, bocas secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
*Erika Lucia Gil	1524617972

Yo,_____/dentificado 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:

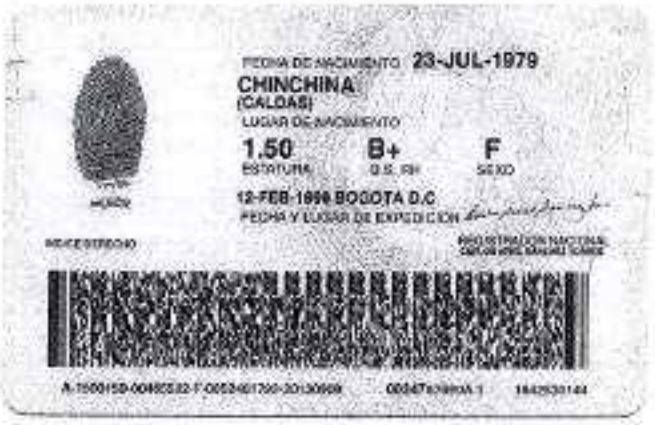


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.461.792
GIL ORTEGON

APELLIDOS
ERIKA LUCIA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-JUL-1979
CHINCHINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

12-FEB-1998 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.

Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

7994159-6

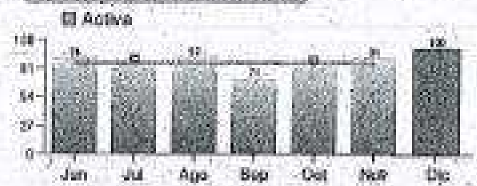
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No.

VICTORIA BARRANTES RAMIREZ

KR 111 NO 19 A 32,

BOGOTA, D.C. - 006409

17 316 9098 / 23531355



VALOR kWh APLICADO

CONSUMO DIARIO: 3,33 kWh

VALOR DIARIO:

PERIODO FACTURADO: 01 NOV/2025 A 30 DIC/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 100 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencia
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR NO:	[illegible]
SUBCLASE:	Básica



¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

Código QR

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



CONTÁCTANOS

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

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

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.

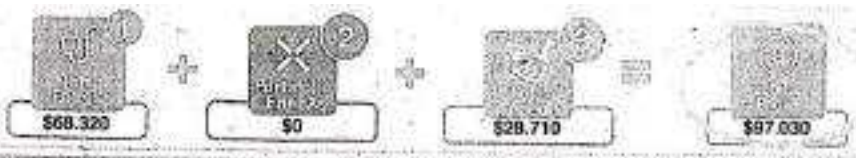
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

FECHA GENERACIÓN: 06/12/2025

FECHA EXPEDICIÓN: 09/12/2025



PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
13 ENE/2026

ENERGÍA

7994159-6

21 ENE /202

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Proceso analítica da

CÁLCULO CONSUMO No. EQUIPO	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	(=)	Diferencia Consumo	(X)	Factor	(=)	Total Consumo	Consumo Subsidiado	(=)	Valor Consumo	(=)	Valor Facturado
LECTURA ACTIVA P	1.526		1.426		100		1		100	100		$685,09		$68
LECTURA REACTIVA	534		463		71		1		71	0		$486,64		
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130 kWh/Mes		Valor kWh $685,0907		X		Beneficio 15,00 %							$12

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISPONTASTE, TE COSTÓ $5.207 DIARIOS.

SUBTOTAL $68.0

Ajustes a la Decena
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA $1
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA $-1
SUBTOTAL $0

Te invitamos a calificar el consumo de tus productos y servicios a través de la APP, tu Solvatel Online en tu página web o recordándote a FACTURA VIRTUAL desde [illegible] en la sección Peticiones

Otros cobros - Otros cobros asociados a energía 1 TOTAL ENERGÍA $68.320

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo 2 TOTAL $0

Si no cancelas la factura de PAGO OPORTUNO [illegible] en la fecha de PAGO OPORTUNO, debes solicitarlo de nuevo, ante lo cual no habrá ningún reporte a las bases de información financiera como por pagos de reforma si la mora supera 15 días y los valores pendientes pagos.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el mes tuvo [illegible]

ASEO

Ciudad Limpia

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

RUTA: 3

NIT: 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	70360846	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.	378446085-6	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	18.11.2025 a 18.12.2025	

CONSUMO PROMEDIO MENSUAL

29467	28102	28810	29058	28947	29830

29.828
22.371
14.914
7.457
0
Jun Jul Ago Sep Oct Nov

DETALLE DE CONCEPTOS

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$20.781
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-5.067
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-4

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTO: Residencial

VOLUMEN: 0.0000 ESTRATO: 3

DENSIDAD: FREC. RECOLECCIÓN: 3

% APROVECHAMIENTO: FREC. BARRIDO: 3

UN BASES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

PRECIOS PARA APLICAR

COSTO PUO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$15.092,48	$6.646,30	$154.630,90

TONELADAS APLICADAS

BARRIDO:	0.00246429
LIMPIEZA URBANA:	0.00139599
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001407
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.09280574
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
APORO NO APROVECHABLE	0.00

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO $28.71

APORTE NO RESIDENCIAL
APORTE RESIDENCIAL
SUBSIDIO

MENSAJES DE INTERÉS

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 28.71

NÚMERO DE CUENTE
7994159-6

Documento Equivalente Electrónico No.
378446085-6

(415)7707230014359(8020)017994159837844608(3900)0000000097330

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$97.030

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: 132 (HC: Número de historia clínica)

900255003234554

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mechi

COLOR: blanco-negro

ESPECIE: CANINO ____ FELINO Y SEXO: HEMBRA Y MACHO ____ RAZA: Mestizo EDAD: 8m PESO: 3 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ____ NO Y

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ____ NO Y

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ____ NO Y

TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR ____ CASERO ____ CONCENTRADO Y MIXTO ____ OTRO ____

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Lida Clarissa Maheda Beltran

DIRECCION: CL 23 N. 112-65.

TELEFONO: 3158035361.

CEDULA: 35326357

CORREO ELECTRÓNICO: guera.eduardo@gmail.com

BARRIO: Versalles

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ____ RURAL ____

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 01-01-2026

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 09-01-2026

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. (1) II. III. IV. V. VI. E.

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: /

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

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

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

[illegible] pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	3332635?

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 35.326.357
MAHECHA BELTRAN
APELLIDOS
LIDA CLARISSA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-JUN-1960
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-AGO-1978 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil, tan rápido

tan fácil y seguro que no pregunte

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Estamos para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redabam · Baloto · Bancolombia · BBVA · 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 CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Makro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.959.813-8

¡Hòla!

MERY CASALLAS
CL 23 112 65 01 00002 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007120-3655886

Lote: P13GN **Ruta:** 0011020191270005300 **Código del Sector:** 326

Cuenta o referencia de pago **63252341**

vanti Listo

Conoce tu cupo Vanti Listo y paga tu factura de gas natural en cuotas sin intereses de hasta el 10%

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

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 3121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones en solo de clic

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

0011020191270005300

Factura de gas

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago **63252341**

PRODUCTIVA

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de su 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	4M3	2.570,50	0,00	10.282,00
FIJO	1UN	4.182,00	0,00	4.182,00
AJUSTE DECENA	1UN	-4,00	0,00	-4,00

1 – Total $14.460,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

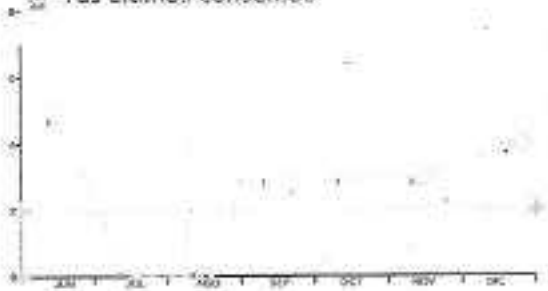
3 – Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$14.460,0**

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	219	REAL
16 Dic. 2025	224	REAL

m³ corregido= 224 - 219 * Factor de corrección = 4

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

30 Nov. 2030

La revisión de la instalación interna es la inspección visual y ocular realizada en los puntos críticos de la misma, de acuerdo con lo establecido en la Resolución CREG 067 de 2012 y 41 255 de 2017

Agendo yo 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

Cu: 1324.79 Tm: 382.57 Dv: 506.11 Cm: 2578.5
Cf: 65.05 Cmm: 5.5 Cu(m): 4182.0 Cmm: 2570.5
Cm: 0.0 Pcm: 42.512 DM(R): 0.0 Cm(m): 0.0

M(m³) Tu consumo en el mes pasado fue de: 47

Un m³ de gas natural equivale a 0,1071 m³. Es $267.749

Factor de corrección

Pm: 5 Kp: 0.76088 Kt: 1.00634 Fc: 0.7725
Vc: 4 Tm: 13.76 Te: 15.56 Pe: 1.01909
Pc: 0.752 Fpc: 0.0284 Pt: 1.0

Factor de corrección: 0.7725

Indicadores de calidad

PTU: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPC: 100.0



(415)7709998028025(8020)63252341(3900)0000000014460

1085 1

C1

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA (Nº Número de historia clínica): 133

900255003234553

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD Y ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Princesa | COLOR: Naranja.

ESPECIE: CANINO ___ FELINO Y | SEXO: HEMBRA Y MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 A | PESO: 4. KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO Y

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO Y | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO Y | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Clara Olwa Peña Roa | DIRECCION: Kra 116b No 18A24. | TELEFONO: 3203359299

CEDULA: 20.590.421 | CORREO ELECRÓNICO: clara20161g@hyuedi.com.

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

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 12/2025 | 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. (II) III. IV. V. VI. E. | CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,16 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

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

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

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

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

[illegible] pueden presentar. Se 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 inapropiado manejo de técnicas, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños varios y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, durante 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:
Clara Peña	20590421

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **20.590.421**

PEÑA ROA

APELLIDOS

CLARA OLIVA

NOMBRES

Clara Oliva Peña Roa

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-JUN-1957**

GAMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-DIC-1986 GAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1511800-01111113-F-0020590421-20191114 0068935392G 1 9910715480

49744

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0423475-8**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 378249300-3

CLIENTE

NIDIA FABIOLA REINA MORA
KR 110 B NO 16 A 24
BOGOTA, D.C. - SAN PABLO JERICA

16 318 7992 / 873380

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 $800,39

CONSUMO DIARIO: 3,53 kWh

VALOR DIARIO: $2.403

PERIODO FACTURADO:	DIAS FACTURADOS:	CONSUMO MES
20 NOV/2025 A 19 DIC/2025	30	106 kWh

¡Esta más tranquilo acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,81
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR NO:	873380
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA

Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. [illegible]

CALIDAD DEL SERVICIO

CONTÁCTANOS

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

EMERGENCIAS: 115

DEFENSOR DEL CLIENTE

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago — Billetera Virtual — Corresponsales Bancarios — Red Efectiva — Centros de Servicio — Código QR — Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	[illegible]
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	[illegible]
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	[illegible]

Línea de servicio al cliente 110

En esta factura ves un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y no afecta tus consumos futuros, conforme a la Ley 2412 (art 100).

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

[illegible]

FECHA GENERACIÓN: 20/12/2025 01:50:23
FECHA EXPEDICIÓN: 20/12/2025 12:50:39

49744

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 (HC) (Número de Historia Clínica): 134

MICI: 900255003234532

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Cachi

COLOR: Calico

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD 7 m PESO: 2.4 kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO 7

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: Leidy Janeth Anaya Mercada

DIRECCION: AK97 No 16H41

TELEFONO: 3102437743.

CEDULA: 1.022942686

CORREO ELECTRÓNICO: Jamilemercada@gmail.com

BARRIO: la laguna

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL ___

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 01-12-2025

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 15-01-2025

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 ___

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m

F. RESPIRATORIA: 23 r/m

TEMPERATURA: 38 °C

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 mL	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PSN (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 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 47461

FIRMA:

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

FIRMA:

FONTIBON

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento de 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 posteriores e incluso la muerte.

[illegible] 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 inadecuado 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:
	1022947686

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 1.022.942.686
AMAYA MONCADA
APELLIDOS
LEIDY JAMILE
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-1988
CACHIPAY
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-JUN-2006 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL






Lista

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago 64252716

vantiv

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 ($)	IVA (%)	Subtotal ($)
CONSUMO GAS	3(6)	2,974.00	0.00	17,835.00
FIJO	1.00	4,760.00	0.00	4,760.00
AJUSTE DECENA	(1)	-4.00	0.00	-4.00

1 Total $17,835.00

Tus facturaciones

Mes y año de facturación	Consumo	Tarifa	Importe	Subtotal

$0.00 $17,835.0

Tus últimos consumos

Datos de medición

Fecha	Lectura	Tipo
12 Nov. 2025	6	REAL
11 Dic. 2025	12	REAL

Tu próxima lectura será: Entre el 27 y el 31 de Enero

Novedades de tu factura

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 May. 2030

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

Sep. $2713 Oct. $2748 Nov. $2782

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



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: 135

MICS: 900255003234128

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pilo				COLOR: Pardo	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: Mestizo	EDAD: 7m	PESO: 2.5 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 X OTRO ___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Emilia Maria Bernal Gontalez		DIRECCION: CL 16F No. 96I17	TELEFONO: 3223161365.
CEDULA: 1.098.634.724.		CORREO ELECTRÓNICO: emiokaoz_equal@l.com.	
BARRIO: la laguna.	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X		
N.R	08-2025.	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: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 190 l/m	F. RESPIRATORIA: 23 r/m	TEMPERATURA: 38 °c	TLLC: L seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
	Morfina	0,2 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	03 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	012 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 reclamo posterior.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Angela Tatiana Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036	FIRMA:	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alvarez Forero MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA:	

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento 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 exonero al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Rosa Bayla	1.098 634 724

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:

174

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.098.634.724
BERNAL GONZALEZ

APELLIDOS
EMILIA MARIA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 02-MAR-1987
PUENTE NACIONAL
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

18-MAY-2005 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
DEL ESTADO CIVIL

INDICE DERECHO



A-2100100 0102[illegible]F-1098634724 20040420 0150807007A 2 [illegible]

Por favor doble y rasgue para abrir la factura

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



Escanee el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibir tu factura por correo desde el próximo mes.



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Nuevo canal transaccional

Ve fácil y seguro que es seguro.

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 conceptos cancelando en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Bancolombia

*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 Caviviendo
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Makro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

Esta factura presta mérito ejecutivo de conformidad con el artículo 130 de la Ley 142 de 1994 y podrá ser cobrada ejecutivamente ante la jurisdicción ordinaria o ante los jueces civiles municipales a prevención, según la cuantía de la misma. Para efectos de lo dispuesto en el artículo 2.2.2.30.4 del Decreto 1074 de 2015, se informa que el valor de la factura incluye el cobro de la contribución de solidaridad.

Vanti S.A. E.S.P. NIT 900.699.239-3

Por favor doble y rasgue para abrir la factura

¡Hola!

ANA DELIA FIGUEROA
CL 16F 98I 17 - LA LAGUNA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.

Medidor Gas No. 5037191-49079

Lote: P06GN Ruta: 001192027312005000 Código del Sector: 323

Cuenta o referencia de pago 61795774

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.800.000

vanti Listo

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

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones en solo de clic

Línea de WhatsApp 315 436 4164

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

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

Por favor doble y rasgue para abrir la factura

Vanti S.A. E.S.P. NIT 900.699.239-3

323
3131
C1

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de cargo 61796774

vonti

Fechas importantes

1 Pago oportuno: 24 Dic. 2025

2 Fecha de suspensión: 26 Dic. 2025

3 Periodo facturado: Nov. - Dic. 2025

4 Emisión de tu factura: 10 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad/Unidad (A)	Valor unitario ($)	Tasa (%)	Importe ($)
CONS. SIN SUBSIDIO	3M3	2,570.50	0.00	7,711.50
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	2,934.15	0.00	58,683.00
MENOS SUBSIDIO (33%)	1 UN	-19,482.76	0.00	-19,482.76
AJUSTE DECENA	1 UN	-4.74	0.00	-4.74
RECAUDO TERCEROS Cosapdes Proc.	0	28,973.00	0.00	28,973.00
Varios Mes	1 UN	11,084.37	2,085.63	14,150.00

1 – Total $90.070,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

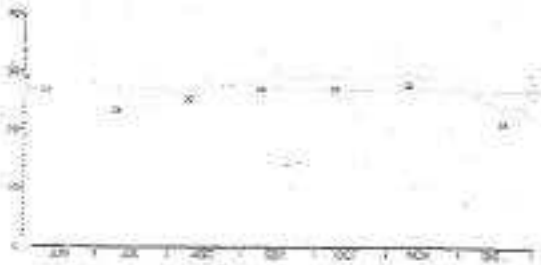
3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $90.070,0

Pagá por

Escaneá el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial	Estrato/Cat.Cos	Días de consumo 29
Fecha	Lectura	Tipo
08 Nov. 2025	8461	REAL
08 Dic. 2025	8511	REAL

m³ consumidos 8511 - 8461 * Factor de corrección = 23

Tu próxima lectura será: Entre 05 y el 10 de Enero

Novedades de tu factura

Cuota 6 $970,00

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 29 Abr. 2028

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



(415)7709998025025(8020)61796774(3900)000000000090070

Factura No. F151714935501

C1

ALCALDÍA DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 136

NO chip: 900255003234131

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Minnie

COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___ RAZA: mestizo EDAD: 1om PESO: 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: Ana Lucia Sanabria Salcedo

DIRECCION: Kra 104 No 13d 77

TELEFONO: 3115679162

CEDULA: 35496454

CORREO ELECTRÓNICO: luciasanabria717@gmail.com

BARRIO: Sabana grande ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Primaria NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud.

ULT. CELO dd/mm/aaaa: 08-01-2026

ULT. DESPARASITACION dd/mm/aaaa: 10-2025.

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/11/2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC: 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
	Morfina	0,2 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 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 específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su: ACEPTACION X RECHAZO___ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

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

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa 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 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:
Ana Lucía Saavedra	35 496 454

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 **35.496.454**

SANABRIA SALCEDO

APELLIDOS

ANA LUCIA

NOMBRES

Ana Lucia Sanabria S.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-SEP-1960**

CHOCONTA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-NOV-1978 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

A-1500150-01514603-F-0035496454-20250702 0146061324A 1 8515778677

enel Bogotá

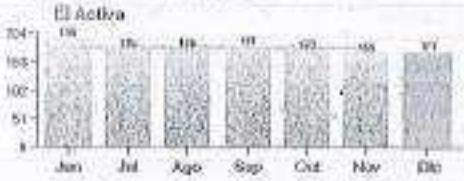
2073409-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3765891830

ANA LUCIA SANABRIA SALCEDO
KR 104 NO 13 D - 77 CA 246
SABANAGRANDE 1 CA 246
BOGOTA, D.C. - SABANA GRANDE

1B 318 1743 / 19491835





VALOR kWh APLICADO $000,00

CONSUMO DIARIO: 0,00 kWh

VALOR DIARIO: $0,00

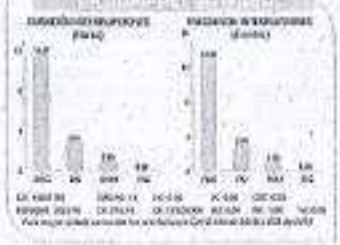
PERÍODO FACTURADO: 29/10/2025 A 28/11/2025

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 121 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	6,04
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10803103161743
RUTA LECTURA:	5380161743
ALCANZARA DE LECTURA:	4830852104
MEDIDOR NO:	19491835
SUBCLASE:	Barrio















FECHA GENERACIÓN: 28/10/2025 01:15:36
FECHA EXPEDICIÓN: 28/10/2025 14:01:08

$66.320 + $9 + $28.430 = $116.759

08 ENE /2026

13 ENE/2026

2073408-9

22 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $95.189

Ajustes a la decena $-4
MENOR VR.COBR.TARIFA APLICADA $797
MENOR VR.SUBS.TARIFA APLICADA $3.233
SUBTOTAL: $3.031

$66.320

$0

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

3

830046122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	11283312	No. meses 6
CUENTA DE SERVICIOS PÚBLICOS	378550108-0	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	21.11.2025 a 20.12.2025	

20949 18956 20550 21180 20368 21312

Jun Jul Ago Sep Oct Nov

DATOS DEL USUARIO

	Cuentas	Descripción
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$34.045
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-13.618
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEB	$0

VALOR FACTURA $28.430

AJUSTE INTERESANTE	0%
AJUSTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	40%

BARRIO:	0.00346426
LUMINARIA:	0.00433599
SEGURIDAD ANDROMEDA:	0.00001407
SEGURIDAD APOTEOSIS:	0.05869574
SUBSIDIO DE APROVECHAMIENTO:	0.00
AHORRO APROVECHABLE	0.00

INFORMACIÓN DEUDA TOTAL: $116.759,00

NÚMERO DE CUENTA
2073408-9

Documento Equivalente Electrónico No. 378550108-0

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$116.759

ALCALDÍA DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA (HC) Número de historia clínica: 137

MICROCHIP: 900255003231505

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Manchas

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA Mestizo EDAD 6 meses PESO: 2.6 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 ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO Nacido en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Claudia Lida Piñeros Guerrero

DIRECCION: Cl 14 107-34

TELEFONO: 3132468983

CEDULA: 39761869

CORREO ELECTRONICO: claudiapineros98@gmail.com

BARRIO: Zona Franca

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Universidad

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NR

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa NR

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: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
148 l/m	20 r/m	38 °c	(seg	Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños 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:
	39761869

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 39761869

PIÑEROS GUERRERO
APELLIDOS

CLAUDIA LIDA
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-JUN-1973
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

16-AGO-1991 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

A-1500109-45110701-F-0039761869-20030604 0012003155P 01 137064303

82-83

Pago Dic 30/25

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 900.063.875-9
Calle 82 No. 12 - 18 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

2311225-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 316935901-6

CLIENTE

CLAUDIA PINEROS GUERRERO
CL 14 NO 107 54 TRZ 11 BQ 4 CA 295
TRZ 11 BQ 4 CA 295
BOGOTA, D.C. - ZONA FRANCA

18 313 3739 / 778877

¿Quieres la factura virtual? Escanea el código

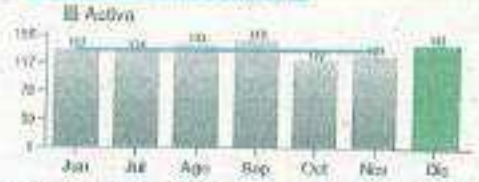
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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: $690,88

CONSUMO DIARIO: 4,65 kWh

VALOR DIARIO: $3.367

PERÍODO FACTURADO: 27 NOV/2025 A 02 DIC/2025

DÍAS FACTURADOS: 31

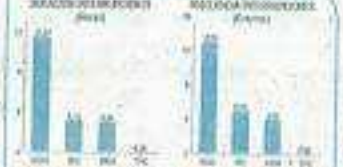
CONSUMO MES: 143 kWh

¡Evita multas innecesarias! Lee tu LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO (la energía se encuentra dentro de tu hogar)

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	4,09
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	M0010010I0739
RUTA LECTURA:	1104010I0025
MANZANA DE LECTURA:	M0010010A1
MEDIDOR No.:	178977
SUBCLASE:	Directa

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 5 815 135

115 Opción 2

601 51 50 000 Opción 1

MODO CONSUMO ENERGÍA

Mantén los aires afuera entre seis y ocho grados. Recuerda cada vez que enciendas o apagas un aire acondicionado, planchas o cocinas, ya que estos electrodomésticos consumen mucha energía.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual: daviplata, dale!, Nequi, Bancolombia a la mano

Corresponsales Bancarios: Efecty, Baloto, Su Red

Red Cable Red: RED CABLE

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena: Alkosto, Éxito

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. TV 4 No. 31A 22

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6-13 - 22

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 69 29A-10 Local 123, Cra

Línea de servicio al cliente 118

En esta factura vas un corazón, sintiendo que corresponde a cor con no invitas en tantas ocasiones, el real ignita sabor al consumo de los días 5 pasita, por ese días vaz a, no deja, tri consumos futuras, auténtica a la Ley 142 / 1994 (art 150).

FECHA GENERACIÓN: 27/12/2025 01:17:20
FECHA EXPEDICIÓN: 27/12/2025 15:17:13

1 Total Energía $73.750 + 2 Portafolio Enel X $0 + 3 Total Aseo $19.600 = 4 Total a Pagar $93.350

PAGO OPORTUNO 08 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN ⓒ 13 ENE/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 2311225-8

FECHA DE EXPEDICIÓN 22 ENE /2026

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

SUBTOTAL: $73.350

Otros cobros asociados a energía

	$500
	$ 200
SUBTOTAL:	$350

1 TOTAL ENERGÍA $73.750

Otros cobros de productos y servicios

enel x

Productos y servicios adquiridos en la factura

2 TOTAL OTROS $0

ASEO

Ciudad Limpia

RELACIÓN CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P Nit 3 NIT 830048122-9

NÚMERO PARA CONSULTAR CONSULTA

CUENTA CONTRATO	114802170	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.	37859901-6	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	21.11.2025 a 20.12.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN

Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
28126	19105	19725	20837	18556	20047

ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$16.66
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-3.13
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEB	$1

BASE DEL USUARIO

UNIDADES RESIDENCIAL

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

CUOTAS FACTURADAS

CONCEPTO FACTURADO	CONCEPTO FACTURADO APROVECHABLE	VALOR CUOTA APROVECHABLE
$10.049,05	$6.086,71	$156.650,69

TARIFAS APLICADAS POR SUSCRIPTOR

SUBSIDIO:	$ 0.624[illegible]
LIMPIEZA URBANA:	0.00139999
RECAUDO DEL APROVECHAMIENTO:	0.0500[illegible]
EFECTIVAMENTE APROVECHABLES:	0.0500[illegible]
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
APORO NO APROVECHABLE:	0.00

MESES EN MORA 0

3 TOTAL ASEO $19.600

APORTE NO RESIDENCIAL	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	42%

MENSAJES AL USUARIO

INFORMATIVA DEUDA TOTAL: 19.600,00

NÚMERO DE CUENTE 2311225-8

Documento Equivalente Electrónico No. 37859901-6

PAGO OPORTUNO 08 ENE /2026

TOTAL A PAGAR $93.350

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: 138 (Número de Historia Clínica) | 900255003234559 | NO (Recibo) | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lia | COLOR: Tabby - blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 11 m | PESO: 2.7 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO ___

DURANTE LA VALORACIÓN 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: Yudy Ibtiava Hoyos Arevalo | DIRECCION: Kra 110 No 16I 53 | TELEFONO: 3153631411

CEDULA: 52486466 | CORREO ELECTRONICO: Yudyliz@hotmail.com.

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

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: 19/06/2025 | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

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

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

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En plena 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 resalta además que durante la implantación del microchip pueden generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de identificación:
[signature]	52496466

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 52.486.466
HOYOS AREVALO

APELLIDOS
YUDY LILIANA

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 07-FEB-1980
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

02-SEP-1998 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00388564-1 0052486466 20120719 0030502990A 1 1119410252

Powered by CamScanner

63466

Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0421569-5**

63466

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 3784251756

CECILIA GUACANEME
KR 110 NO 16 I 53
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - EL CARMEN FONTIBON

17 317 9576 / 4582442

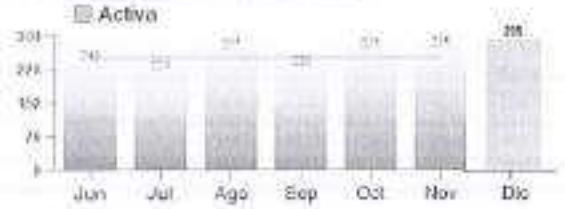
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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: $820,89

CONSUMO DIARIO: 9,83 kWh

VALOR DIARIO: $7.347

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

DÍAS FACTURADOS: 30

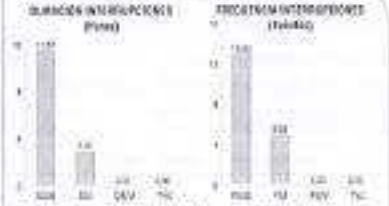
CONSUMO MES: 295 kWh

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

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	7,27
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100031731 79570
RUTA LECTURA:	931733 38219
MANZANA DE LECTURA:	MS00040834
MEDIDOR NO:	4582442
SUBCLASE:	Dúplex

CALIDAD DEL SERVICIO



USO SEGURO DE ENERGÍA

Maneje los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca use conectores, alargadores o regletas en cerca de lavaderos o duchas

CONTÁCTANOS

Tramites y solicitudes
Chat de servicio en
Registrate gratis
Zona privada de tu página Web
App Enel Clientes Colombia
Enel Colombia
@EnelClientesCO

OFICINAS SERVICIO AL CLIENTE	AMBULANCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115	115 Opción #4 las 24 horas	601 514 0000 denuncias@enel.com

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

¿COMO PAGAR ESTA FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

Canales Virtuales

APP Bancolombia
Internet
Telefono Banco
Debito Automatico
Cobro Electronico
APP Nequi/Daviplata/Colombia
Botón Bancolombia Online
Boton de Pago Banco de Bogotá
MOVII
Nequi
dale
tpaga

Corresponsales Bancarios

Red Multired
Centros de Servicio

Código QR

Efecty
Gana
Alkosto

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-28
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 122 # 54-39 Int 1 Local 103-104

Línea de servicio al cliente 116

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2025
D: $205,38 T: $53,04 D: $2564 CT: $7831 PR: $55,81 R: $20,15 OP: $6,04 / $820,89 Costo kWh Mes

FECHA GENERACIÓN: 26/12/2025 02:37:27
FECHA EXPEDICIÓN: 26/12/2025 10:23:15

CUDE: 3a4e4a67fc9c0e7165c8894165070c3157894a5387d2269e5e712cd6c9911cb9e8d27ce60c19e42a57c5d1e8666ea2

Factura Electrónica de Venta como Prestador de Servicios SAS NIT - Resolución DIAN 18764012919 Prefijo FEVE Rango Desde 1 Hasta 5000000 Vigencia 24 meses

$221.460 + $0 + $86.160 = $307.620

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
13 ENE/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0421569-5

FACTURADO EL: 21 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGIA ACTIVA Nº	44.141	43.858	226	1	226	230	51.980,89	11.745.020
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	1	0	0	5.294,84	0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X		Valor kWh $60,6462	=	Beneficio 15,00 %			-$15.602

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISPUTASTE, TE COSTÓ $7.547 DIARIOS.

SUBTOTAL: $220.423

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$0
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$1.116
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-86
SUBTOTAL:	$1.037

Otros cobros de productos y servicios

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

TOTAL ENERGÍA: $221.460

TOTAL OTROS: $0

Tan solo suma la NOTA de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA de SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el cargo tarifario, el costo por concepto de reconexión asciende a $103.863.

Informamos que de no cancelar el pago de sus obligaciones Celsia Piso COLOMBIA en la fecha de PAGO OPORTUNO, esta se reportará en mora, dando lugar a un reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza a la mora superior 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El consumo de subsistencia para el consumo de subsistencia (1) – 130 kWh mes es de -15,00 %

ASEO

Ciudad Limpia

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

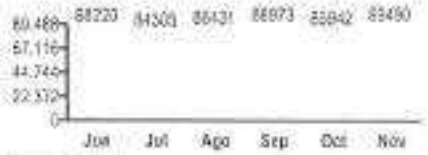
ASEO Nº: 3

NIT: 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	10333269	DIAS FACTURADOS
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	378425175-8	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.11.2025 a 18.12.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$101.3xx
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-15.202
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBI	$2
ASEO - INTERES POR MORA	$16

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0.0000	ESTRATO: 3
RESIDUO:	FREC. RECOLECCION: 3
% PARTICIPACION: 0 %	FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	3	0
No residenciales	0	0

COSTOS DE PRESTACIÓN

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$54.277,44	$19.938,88	$154.680,98

TARIFAS DE PRESTACIÓN

BARRIDO:	0.00246426
LIMPIEZA URBANA:	0.00133599
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001407
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.05985274
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
AFORO NO APROVECHABLE	0.00

MESES EN MORA: 0

TOTAL ASEO: $86.160

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

OTROS CONCEPTOS

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $6.160,00

NÚMERO DE CLIENTE
0421569-5

Documento Equivalente Electrónico No.
378425175-8

(415)7707209914253693202(8020)421569537842517586(3900)000000307620

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$307.620

4.1.3.R - Página 2 de 2

No. Cuenta: 0421569-5 83405

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA (Nº Número de Historia Clínica): 139 | MIC: 900255003231060 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna | COLOR: Calico.

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 6m | PESO: 2.3 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 ___ FERIA DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ivz Manna Gutman Rico. | DIRECCION: Kra 96I No 16d 53 | TELEFONO: 3118131659

CEDULA: 28721664 | CORREO ELECTRÓNICO: luzmgr38@gmail.com.

BARRIO: Guadual Fontibon | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N.R. | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 11-2025. | ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

CLASIFICACION ASA: I (II) III IV V VI E | CONDICION CORPORAL: 2.5/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.2 ml.	IV.
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.09 ml.	1mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

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

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

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Munoz Torres 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: tejidos para-reproductivos o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así como también entiendo que pueden presentarse algunos efectos secundarios que pueden presentar, se realiza énfasis que durante la implantación del collar este 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 con 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:
Stephanie	1.287.216.64

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 28.721.664
GUZMAN RICO
LUZ MARINA
COL
1.65
F
21 SEPT 1958
O+
FALAN (TOLIMA)
16 JUN 1977, FALAN
02 DIC 2032


0120049510
ICCOL0100067400290 49<<<<<<<<<<<
5809219F5212024COL28721664<<<6
GUZMAN<RICO<<LUZ<MARINA<<<<<<<

enel Bogotá

1844723-4

FRANCISCO BELTRAN RODRIGUEZ
KR 56 I NO 16 D 53 P 1
P 3
BOGOTA, D.C. - GUADUAL FONTIBON

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

Reporta cualquier anomalía al 601 51 51 000 o a través de nuestra página web enel.com.co



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	3.09
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1200010011010159
RUTA LECTURA:	1310010010059
SECUENCIA DE LECTURA:	1820010010149
MEDIDOR N°:	45317749
MARCA MED:	Elster

¿CÓMO PAGAR MI FACTURA?

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

FECHA GENERACIÓN 27/10/2025 01:14:42
FECHA EXPEDICIÓN 27/10/2025 19:17:19

$33.310 + $15.700 + $20.070 = $69.080

08 ENE /2026

13 ENE/2026

1844723-4

22 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL $32.949

$33.310

$15.780

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

3

830048122-9

CONCEPTO	VALOR
APORTE RESIDENCIAL	$29.070

$18.040,85

1844723-4

Documento Equivalente Electrónico No. 378601549-4

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$69.080

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 IC (Número de Historia Clínica): 140 | MICROCHIP: 900255003231990 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Cloe | COLOR: Blanco negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 6 meses | PESO: 3.2 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: Alejandra Matas Flores | DIRECCION: Kr 123 148 8 | TELEFONO: 3150528758

CEDULA: PPT 5364788 | CORREO ELECTRÓNICO: matasflores9028@gmail.com

BARRIO: Chavco | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NR | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Oct 25

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.2 ml.	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: M. Felipe Suarez Medico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47661 | FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Munoz Ferro MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 44443 | 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 anestesiado mi animal de compañía. Dado 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 colocación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y/o 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:
Alejandra Mateo	5364788

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
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

NO. 5364788

COL

MATOS FLORES
APELLIDOS

ALEJANDRA
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

30656952
DNI N°

09-08-2004
FECHA DE NACIMIENTO

03-06-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLE

FIRMA

E1869855

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5364788<<3<<<<<<<<<<<<<<<
0408097F3105308VENE1869855<<<6
MATOS<FLORES<<ALEJANDRA<<<<<<<

FACTURA EN-LÍNEA



Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibir tu factura desde el próximo mes.

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN-LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil tenerla...

Sin filas y seguro que no pagarás.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban, Credibanco, Bancolombia, BBVA, Banco Popular, Banco Pichincha, Banco Caja Social, Nequi, Davivienda, 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 se traduce en un ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

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

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

¡Hola!

BLANCA AURORA GORDILLO
KR 123 148 6 T06 00901 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007116-22432207

Lote: P16GN Ruta: 001184006378000/100 Código del Sector: 437

Cuenta o referencia de pago 62549997

vanti Listo

Compra [illegible] y paga a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



vanti Listo

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

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

01309

01

Diciembre 2025

Referencia de pago 82549997

BOGOTA

vanti

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 14 Ene. 2026
2. Fecha de suspensión: 15 Ene. 2026
3. Periodo facturado: Nov. - Dic. 2025
4. Emisión de tu factura: 24 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA (C)	Subtotal $=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	2.934,15	0,00	58.683,00
MENOS SUBSIDIO (33%)	1UN	-19.482,76	0,00	-19.482,76
AJUSTE DECENA	1UN	-3,12	0,00	-3,12
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	3.137,00	0,00	3.137,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	16.767,05	0,00	16.767,05

1 Total $59.101,17

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1,78 % Electro Hogar Vard	1/12	65.038,83	16.767,05	65.038,83

2 Total $65.038,83

3 Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $124.140,0

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Con Dos — Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
21 Nov. 2025	2797	REAL
20 Dic. 2025	2823	REAL

m³ corregido= 2823 - 2797 * Factor de corrección = 26

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

Novedades de tu factura

Cuota $ 2170,88

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 Mar. 2027

Agenda tu fin RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2871.

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

Tarifas aprobadas por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



(415)7709998026525(8020)82549997(3900)000000000124140

Por favor doble y raspe

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): 141 | MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231519 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: EDS | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Iris | COLOR: Atigrado Blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 7 meses | PESO: 2.8 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO Y

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO ✓ | 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: Graciela Sanchez Reyes | DIRECCION: Dg 16B 104 17 | TELEFONO: 3103039536

CEDULA: 28599383 | CORREO ELECTRÓNICO: checharejass57@gmail.com

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

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NR | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NOV 23

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: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38 °C | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml	1%
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su 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 Mesa Torres — 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 intervenido 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 una posterior de lesiones, jabones, talcos, 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 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:
Graciela Sáenz	28879383

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 28.899.383
SANCHEZ ROJAS

APELLIDOS
GRACIELA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-FEB-1957
PURIFICACION
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-DIC-1978 SALDAÑA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500150-00125951-F-0028899383-20061119 0005643455A 1 1210034758

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá ESP
NIT. 899.699.094 - 1

Natasha Avendaño García
Rodrigo Jefe Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: Q3 RUTA: Q33358

BIMESTRAL

10955121	42112569910
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

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

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

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de emisión factura
FEB/11/2026	DIC/03/2025 05:50:15	DIC/03/2025 11:51:10

¡Hola!

Factura a nombre de
CAJADEVIVIENDAMILITA CAJADEVIV

Dirección del predio
DG 168 104 17 IN 10 AP 502

Barrio: EL CARMEN 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 BERCONTA Tipo VELOCIMO
Serie 020150010738 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 periodo

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



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este periodo

13.000

Promedio al día

220

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	3027	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	3014	Base promedio	
Tu consumo este periodo	13	Descargue fuente ahorro	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	IBERCONTA	Tipo	VELOCIMETRICO
Serie	G20150801738	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		Escanea y paga virtual
$58.177,20	+	$52.355,76	+	$4-		
A		B		C D E F		

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

Total ingresos del período = **Total a pagar** $110.530

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 1788d76c4176cf3478f1074d20f2e70cc3c37a85caa8cc4ae1875abdd1f0fdbf92bd6e9335c334921c3d01408ad6c319

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.795,62	-15	$2.939-	$8.326,28	$16.652,24
Consumo residencial básico (m³)	13,00	$3.757,93	-15	$7.328-	$3.184,23	$41.524,06
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$10.267-		$58.177,20

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
	2,00	$4.658,05	-15	$1.397-	$3.957,84	$7.915,13
	13,00	$4.021,82	-15	$7.843-	$3.418,59	$44.440,63
Subtotal				$9.240-		$52.355,76

* Corresponde a consumos de hasta 15m³ mensuales (22m³ bimestrales). **(+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1,2 o 3
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, se agrega un %.

Tasas ambientales

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$215,17	$59,15
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$645,00	$2,00
Total por consumo facturado	$340	$1.185

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
Redondeo 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	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE: Consulta direcciones y horarios de atención en: www.bogota.gov.co/cadebogota

LA CAJA DE LA SUPERVIVENCIA

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$110.530

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Sobre el pago: Si en el documento de este aparece cero y el fondo de color gris, no hay saldo disponible. Si este pago se pactó efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en otros canales no bancarios.

27176

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: 142

Expiry Date: 2030/09/02 900255003234524

ID Número de Identificación:

FECHA: 15-ene-26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dulce

COLOR: Tricolor; Negro amarillo y Blanca

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 7m PESO: 1.6 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 X MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Angelica Rodriguez Urrego

DIRECCIÓN: Kr 111 NO 19A 56

TELEFONO: 3134290719.

CEDULA: 20.440.350

CORREO ELECTRÓNICO: 3134290719@emcorreo.com

BARRIO: Belan ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: No reporta

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: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.17 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.2 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.2 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 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. Fabian Suarez Medico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47661	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Veterinaria Alexa Perez MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 43441	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 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 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:
Angelica Rodriguez	20.440.350

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 20.440.350
RODRIGUEZ URREGO
APELLIDOS
MARIA ANGELICA
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-NOV-1955
CAQUEZA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
25-JUL-1977 CAQUEZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00618270-F-0020440350-20140903 8020840958A 1 1113006026

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas ingresa en tu factura de Internet en: **0421890-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3704033016-3

CESAR AUGUSTO PABON
KR 111 ND 19 A 55
BOGOTA, D.C. - BELAN FONTRON

17 316 8766 / 58022

¿Quieres ver tu factura virtual? Escanea el código

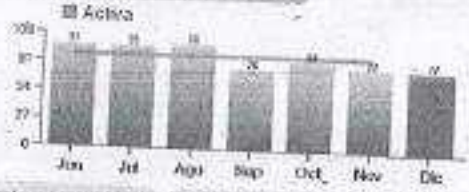
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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: $900,00

CONSUMO DIARIO: 3,67 kWh

VALOR DIARIO: $1.710

PERÍODO FACTURADO: 29 NOV/2025 A 28 DIC/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 77 kWh

Ahora puedes acceder a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía a un solo clic desde tu factura.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000013166285
RUTA LECTURA:	131 13160073
MANZANA DE LECTURA:	MS-0064-0078
MEDIDOR NO:	58022
SUBCLASE:	Básico

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Girardot: 601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

601 514 0000

https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html

defensor@enel.com.co

USO SEGURO DE ENERGÍA

Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca uses adaptores, clavijas o cargadores rotos de inmediato o dañados.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

Apps Daviplata, Internet, Débito Bancolombia, Débito Automático, Claves Electrónicas, App Enel Colombia, Botón de Pago Bancolombia, Botón de Pago Nequi

Corresponsales Bancarios

Efecty, Baloto, Gana, Punto Red, Su Red, Servibanca

Red Multired

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Alianzas Virtuales

Nequi, Daviplata, Bancolombia

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROACTIVA AMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. — Línea 024

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Atención disponible en la APP

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 170 # 58-30 Bogotá

Línea de servicio al cliente 110

En esta factura usa un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifas aprobadas, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 6 meses, por una única vez y no afecta los consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (Art. 130).

FECHA GENERACIÓN: 26/12/2025 06:39:39
FECHA EXPEDICIÓN: 26/12/2025 10:44:16