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. 143 — Expiry-Date:2030/09/02 — 900255003219445 — NO — FECHA: 15/01/26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mango — COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X — SEXO: HEMBRA ___ MACHO X — RAZA: Mestizo — EDAD: 3m — PESO: 23 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 ___

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___ OTRO Nacio en casa.

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Erika Paola Dueñas Rodriguez — DIRECCION: KR 111a 20B 60 — TELEFONO: 3143273098

CEDULA: 1016050350 — CORREO ELECTRONICO: Felipeyerita43@gmail.com

BARRIO: Belen — ESTRATO: 3 — LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa — No aplica

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa — 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 < 2seg — 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
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	Morfina / PROPOFOL	0,2 ml / ✓ ml	IV / 0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.a.)	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	Dr. Felipe Suarez Médico 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



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

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 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 y Declaración Especial de Renta

Período 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/08/2025 07:01:26	DIC/06/2025 11:55:01

¡Hola!

Factura a nombre de
LUZ M RODRIGUEZ

Dirección del predio
KR 111A 20B 80

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 VELOCIMETRO
Serie 16-1505-8647 Diámetro pulgadas ½

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

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

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
900255003219175

HISTORIA CLÍNICA
HC: 144
Número de Historia Clínica

MICROCHIP: SI (Número)

FECHA: 15-07-2025

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Principe

COLOR: atigrado 6 a 5

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

RAZA: Mestizo 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 Y

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angie Paola Campos Hernandez

DIRECCION: Kr 108 N° 22 F 30

TELEFONO: 3222027247

CEDULA: 1014296744

CORREO ELECTRONICO: angie98paola@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/A

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

ULT. VACUNACION: SI/NO

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa TOSFERINA 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. 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	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	XILALINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,1 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.G.)	03 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	012 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

En calidad de (Propietario y/o Anestesiólogo), suscribo este documento con constancia de haber recibido de parte del responsable la totalidad de la información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la ovariohisterectomía/orquiectomía [indicar] y el procedimiento anestésico, que he manifestado de manera libre y voluntaria su: ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con los elementos preseñalados.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Felipe Suarez Médico Veterinario y Cirujano Universidad de la Salle T.P 47661

FIRMA:

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

FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.014.296.744**

CAMPOS HERNANDEZ

APELLIDOS

ANGIE PAOLA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-ABR-1998**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

18-ABR-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00821709-F-1014296744-20160501 0049605480A 1 46424184





DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUAS BOGOTÁ

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

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 53 RUTA: S33690A

BIMESTRAL

12077573
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

16574224412
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Código de Documento Equivalente Electrónico

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

Pago oportuno DIC/28/2025

Suspensión DIC/31/2025

Fecha expedición próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/17/2026	DIC/06/2025 07:03:01	DIC/06/2025 12:01:40

¡Hola!

Factura a nombre de
NUBIA CECILIA VALLES ABELLO

Dirección del predio
KR 108 22F 30 IN 1

Barrio: VERSALLES 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 ALTAR Tipo VOLUMEN
Serie C1L0448607 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 ↓

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

7878

84065 47119

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA (HC Número de Identificación) 145

MICROCHIP: SI 900255003231507

FECHA: 15-07-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Peqinillo

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 7M 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: Sady Jerson Torres Sanchez

DIRECCION: Kr 106 N° 78-86. TELEFONO: 3040271077

CEDULA: 1032509458

CORREO ELECTRÓNICO: sadytorres@gmail.com.

BARRIO: El Carmen ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 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: 150 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 36 °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
	Morfina	0,3 ml	IV.
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml	30,000 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: M. Felipe Suarez Medico 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. 41443

FIRMA:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.032.509.458
TORRES SANCHEZ
APELLIDOS
SADY JERSON
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 08-DIC-1990
ZULIA-SUCRE
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
18-MAY-2018 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

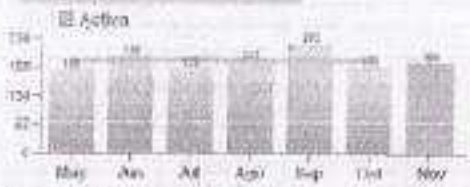
enel Bogotá

1452021-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 37000[illegible]-0

CAJA DE VIVIENDA MILITAR
KR 106 NO 16 -95 IN 3 AP 203
BOGOTA, D.C. - EL CARMEN FONTIBON

18 306 0090 / 4735238



VALOR kWh APLICADO: $[illegible]

CONSUMO DIARIO: 5.00 kWh

VALOR DIARIO: $3.900

PERIODO FACTURADO: 03 OCT 2025 A 31 NOV 2025

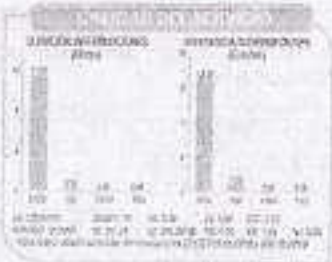
DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 150 kWh



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	11,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR MG:	[illegible]
SUBCLASE:	Blanca



Regard, Tuberia y Conexiones
NIT. 5 115 115

115

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 115

FECHA GENERACIÓN: 25/11/2025 00:47:02
FECHA EXPEDICIÓN: 25/11/2025 13:03:12

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 (CEP NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA): 146 | MICROCHIP: 900255003234130 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: NINO | COLOR: Naranja

ESPECIE: CANINO__ FELINO X | SEXO: HEMBRA__ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 10M | PESO: 5.2 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI__ NO X | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR__ CASERO__ CONCENTRADO__ MIXTO X OTRO__

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sergio Abel niño calle | DIRECCION: Kr 96 D Bis 20 f-74 | TELEFONO: 3196634770

CEDULA: 80491767 | CORREO ELECTRÓNICO: sankazuki@gmail.com

BARRIO: Villemar | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBÓN

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/A | 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: Agosto/25 | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa: Sept/25

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

CLASIFICACION ASA: I (0) 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
	Morfina	0,2 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,5 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	/ 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 Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
80.491.767

NUMERO

MIÑO CALLE

APELLIDOS

SERGIO ABEL

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 11-FEB-1973
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.82 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

16-AGO-1991 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-15001114-42135727-M-0080491767-20090103 0552005240A 02 2010091508

enel | Bogotá

0415651-4

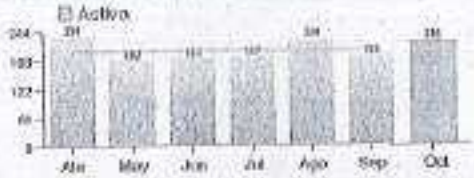
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860 063 875-8
Calle 80 No. 13 – 45 Piso 1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 37116930[illegible]

ABEL NIO C
KR 96 D BIS NO 29 F - 14 PI 2
2 PISO FONTIBON
BOGOTA, D.C. - VILLEMAR

17 311 0549 7518358





PERÍODO FACTURADO: 30/SEP/2025 A 31/OCT/2025
DÍAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES: 244 kWh
VALOR kWh APLICADO: $918,83
CONSUMO DIARIO: 8,54 kWh
VALOR COBRO: $4.875

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	5,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000317310548
RUTA LECTURA:	13130140277
ENVIZARA DE LECTURA:	5/08/2025
BARRIO/TIO:	510058
SUBCLASE:	Basica





Bogotá Sabana y Cundinamarca
601 5 135 135
135







PUNTOS DE ATENCIÓN

PROMOAMBIENTAL CENTRO S.A.S. E.S.P. — CV 97a No. 69A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 6-6 - 20
ÁREA LIMPIA CENTRO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 129 # 6A - 39 local 103 - 104

Línea de servicio al cliente 115

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: 30/07/2025

FECHA GENERACIÓN: 2025/10/05 09:42:33
FECHA EXPEDICIÓN: 2025/10/05 18:00:17

Impreso por Comsoft Colombiana en Comunicaciones S.A.S. NIT 830.095.213-0

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACI[illegible]S

HISTORIA CLÍNICA Número de Historia Clínica: 147

MICROCHIP: 900255003231131 Número de Microchip

FECHA: 15-07-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Solecito

COLOR: Naranja

ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 8M PESO: 3. KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X

TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO__ CONCENTRADO__ MIXTO X OTRO__

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO__ COMPRADO__ ADOPTADO X REGALADO__ PERRO DE GUARDA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yamile Alba Martinez

DIRECCION: Kr 123 N 74B 70

TELEFONO: 3212316277

CEDULA: 53062044

CORREO ELECTRÓNICO: Yamitealbamartinez@gmail.com.

BARRIO: el chanco

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/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: DIC 25 JUN 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: 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
	Rhopina	0,2 ml.	W
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 Alonso Forero MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441

FIRMA:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
53052044
ALBA MARTINEZ
YAMILE


15-AGO-1983
DUITAMA
(BOYACA)
1.55
O+
F
22-MAR-2002 BOGOTA D.C.

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE **BOGOTÁ**

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 53 RUTA: S33721

BIMESTRAL

12257195
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11816430711
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

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

Pago oportuno DIC/26/2025

Suspensión DIC/31/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/17/2026	DIC/06/2025 07:03:13	DIC/06/2025 11:57:02

¡Hola!

Factura a nombre de
ALIANZA FIDUCIARIA FIDEICOMISO

Dirección del predio
KR 123 14B 70 TO 5 AP 401

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 JAVZ
Serie 15-8462513
Tipo VELOCIMETRO
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.

FONTIBÓN

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN CANINOS Y FELINOS

HISTORIA CLÍNICA N°: 148 (Número de Historia Clínica)

MICROCHIP: 900255003231129

FECHA: 15-07-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mellot

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 2A PESO: 4.0 kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Blanca Lilia Mendoza Heran

DIRECCIÓN: Cl 17F 115-27

TELEFONO: 3173258440

CEDULA: 28 710932

CORREO ELECTRÓNICO: 3173258440@sincorreo.com.

BARRIO: Batavia

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: 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: Rosada

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.	W
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 Mendez Perez MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
28.710.932
MENDOZA HERRAN
BLANCA LILIA



23-JUL-1948
ESPINAL
(TOLIMA)
1.55
O+
F
18-NOV-1966 ESPINAL

enel Bogotá

Jesus Yaya Maria

0408019-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 375423636-1

LIBARDO MORENO
CL 17 F NO 118 21
BATAVIA FONTIBON
BOGOTA, D.C. - BELAN FONTIBON

17 322 9682 / 4108852

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA KW:	10,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1001017203682
RUTA LECTURA:	1317203684
MANZANA DE LECTURA:	1F0004402F
REGION IBO:	FUNZA
SIN CLASE:	BAJA

CONTÁCTANOS

Bogotá, Cobro y Cundinamarca 601 6 115 115

115 Bogotá

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de atención al cliente: 115

FORMAS DE PAGAR TU FACTURA

Medios virtuales de Pago

Alianzas Virtuales

Corresponsales Bancarios

Red Efectivo

Centros de Servicio

Código QR

Alianzas de Cobranza

RED CADE

FECHA GENERACIÓN: 05/12/2025 02:55:47
FECHA EXPEDICIÓN: 05/12/2025 12:02:12

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): 149

MICROCHIP: 900255003231502

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: ORION

COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 1/M PESO: 27 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 X ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Francklin OSWALDO Gonzalez Reyes

DIRECCIÓN: Cl 74 B N 119 A 17

TELEFONO: 300 706 7848

CEDULA: 79 564 289

CORREO ELECTRÓNICO: Francklingonzalez@gmail.com

BARRIO: El Charco

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 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: 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	0,3 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 G S.P.B.I	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 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: Dr. Felipe Suarez Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 42661

FIRMA:

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

FIRMA:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
79.864.209
GONZALEZ CASAS
FRANCKLIN OSWALDO


06-MAY-1971
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
1.75
O+
M
19-ABR-1989 BOGOTA D.C.

Bogotá

2528570-6

CLIENTE

SANDRA BEATRIZ RODRIGUEZ CARDONA
CL 14 B NO 119 A 17 BO 35 AP 203
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO I

16 203 4004 / 924270

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

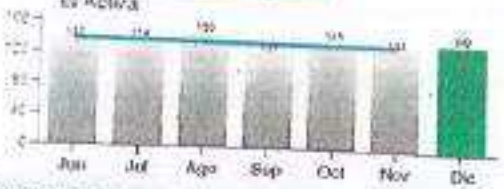
El hurto de energía puede causar accidentes, cortocircuitos y fallas en el servicio.

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO

El Activa



VALOR KWA APLICADO $800,09

CONSUMO DIARIO: 4,73 kWh

VALOR DIARIO: $2.600

PERIODO FACTURADO: 20 NOV 2025 A 19 DIC 2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 142 kWh

¿Cómo cuidamos el agua a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía en el momento [illegible] de la factura?

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	0,60
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR NO:	924270
SUBCLASE:	Electra

CALIDAD DEL SERVICIO



¿CONTÁCTANOS?

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 135 135

115

601 514 0000

USO EFICIENTE DE ENERGÍA

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Cajeros ATH

Puntos de Atención Aseo

Fecha de facturación: 20-12-2025 01:26:47

Fecha de expedición: 20-12-2025 14:01:20

38956

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: 150

900255003234531

ID: nip:

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Oreo

COLOR: Blanco-negro

ESPECIE: CANINO FELINO X SEXO: HEMBRA MACHO X RAZA: mestizo EDAD: 9M PESO: 3.8 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Edith Yaneth Martinez Estrada

DIRECCION: CL 23B N° 106-31

TELEFONO: 3216192244.

CEDULA: 1.094.896.941

CORREO ELECTRONICO: Jane23martinezp@hotmail.com

BARRIO: la cabaña

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

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

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

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/[illegible]/2025 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/[illegible]/2025

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
	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: M. Felipe Suarez, Médico Veterinario y Zootecnista, Universidad de la Salle, T.P 47661

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Monsalve Forero, MEDICA VETERINARIA, U.D.C.A. T.P. 41441

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.094.896.941

MARTINEZ ESTRADA

EDITH YANETH





FECHA DE NACIMIENTO 03-ENE-1988
ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-MAY-2006 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 03 RUTA: 033320

BIMESTRAL

12595954	14533045812
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

FEB/11/2026 DIC/03/2025 05:53:15 DIC/03/2025 11:25:48

¡Hola!

Factura a nombre de

GERMAN FERNANDO GUEVARA

Dirección del predio

CL 238 106 31 IN 3 AP 102

Barrio LA CABANA Localidad FONTIBON

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial

Estrato: 3

Unidades Habitacionales: 1

Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca [illegible] Tipo [illegible]

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 ↓

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: 151 (Número de historia clínica) | Expiry-Date: 2030/09/02 900255003219442 | NO (Número de Microchip) | FECHA: 15/01/26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kisame | COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 3m | 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 ___ REGALADO ___ PERRO DE CUNDRA ___ OTRO nacido en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Erika Paola Dueñas Rodriguez | DIRECCION: KR 111 a 20B 60 | TELEFONO: 3143293098

CEDULA: 1016050350 | CORREO ELECTRÓNICO: Felipeyerika43@gmail.com

BARRIO: Belen | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: No aplica | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 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: 150 Vm | F. RESPIRATORIA: 20 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	0.04 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0 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 existencia presión alguna.

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 Alfonso Ferro MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441 | FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.050.350
DUEÑAS RODRIGUEZ
APELLIDOS
ERIKA PAOLA
NOMBRES



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-ESP
NIT. 899.999.094 - 1

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 53 RUTA: 533693

BIMESTRAL

10836292	17202345116
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Código y 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 VELOCIMETRO
Serie 16-15854647 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 impresión factura
FEB/17/2026	DIC/05/2025 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

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: 152

MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 N 900255003219164

FECHA: 15-07-2026.

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Onix

COLOR: Pardo

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

RAZA: Mestizo EDAD: 7M

PESO: 3.9 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sindy Julieth Guzman Pinzon

DIRECCION: Cl 22 L N 98 A 73

TELEFONO: 3026036570

CEDULA: 53 032 334

CORREO ELECTRÓNICO: Pinzonsindy241@gmail.com.

BARRIO: San José

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR:
NA	Julio 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: 30-08-25 TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 08-25

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:	TLLC:	MUCOSAS:
150 l/m	23 l/m	38 °C	1 SEG	Rosada

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
	Khopha	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	0.12 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 en mención.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Angela Marcela Díaz
Medica Veterinaria
Universidad U.D.C.A.
M.P. 45036

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Hernández Parra
MEDICA VETERINARIA
U.D.C.A. T.P. 91441

FIRMA:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 53.032.334
GUZMAN PINZON
APELLIDOS
SINDY JULIETH
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 04-DIC-1985
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
15-DIC-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1516100-00145270-F-0053032334-20090103 0009273701A 1 25860416

efecty

www.efecty.com.co

vanti

Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.

Medidor Gas No. 5157198-58914

MARYLUZ PINZON
CL 22L 98A 13 BOE 00501 - COFRADIA
BOGOTA

Lote: P08GN Ruta: 001102030334000300 Código del Sector: 321

Cuenta o referencia de pago 60688090

TU CUPO VANTI LISTO
APROBADO ES:

$ 5.300.000

vanti

Lista

Participa y gana uno de los
30 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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8171
Barrancabermeja (607) 685 4795

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

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

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

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

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

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban Bancolombia BBVA Banco Popular Banco Pichincha Banco Falabella Negui dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático

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

Botón PSE

Escanea para pagar tu factura

Recuerda que puedes pagar tus facturas de aire o varios cuantos contigo en una sola transacción

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Gironés Supermercados
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 ◇ 01 8000 919 052
01 8000 181 164

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

CAMMUL SOLUCIONES DE CONGELAMIENTO S.A.S. NIT 900.596.814-0

C1

727

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: 153 | Expiry-Date: 2030/09/02 | 900255003234791 | SI (0) NO | FECHA: 15-01/26

ORIGEN: CPS | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Martín | COLOR: Blanco y negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 18m | 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: Alejandrina Bastidas Gil | DIRECCION: Dg 13 BIS No 104 45 B g IC 34 | TELEFONO: 3506549901

CEDULA: 39740490 | CORREO ELECTRÓNICO: Habastidas431@gmail.com

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

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: No aplica | ULT. 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: 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 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
	Ketamina	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	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: M. Felipe Suarez, Medico Veterinario y Zootecnista, Universidad de la Salle, T.P 47661 | FIRMA

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.917.040
BASTIDAS GIL
APELLIDOS
ALEJANDRINA
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 11-OCT-1968
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-ENE-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

enel Bogotá

2547251-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 218728808-7

FIDUCIARIA ALIANZA SA
DG 18 B NO 104 -05 BO 1 CA 31
BG 1 CA 34 COMPOSTELA CASAS MZ
BOGOTA, D.C. - SABANA GRANDE

18 313 2803 / 072643

El Activo

VALOR kWh APLICADO	CONSUMO DIARIO	VALOR DIARIO
$747.31	5,90 kWh	$3.282

PERIODO FACTURADO: 22 NOV 2025 A 22 DIC 2025 | DÍAS FACTURADOS: 31 | CONSUMO MES 183 kWh

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 2
CARGA KW: 6,00
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 1000181012640
RUTA LECTURA: 1018010000
MANZANA DE LECTURA: M026-B02-M
MEDIDOR NO: 0720140
SUBCLASE: Básica

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115 | 115 | 018000 115 115

COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios y Puntos de Pago | Billetera Virtual | Canales Digitales | Oficinas Propias | Centros de Servicio | Almacenes de Cadena | Otros

PUNTOS DE ATENCIÓN ABIERTO

FECHA GENERACIÓN: 27-12-2025 01:19:58
FECHA EXPEDICIÓN: 27-12-2025 14:42:13

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
TIC – Número de historia clínica: 154
Expiry-Date: 2030/09/02
900255003234545
NO. Número de Microchip:
FECHA: 15-01-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Garfield
COLOR: Amarillo
ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 10m PESO: 3.9 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI__ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTO 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 Waldina Suarez Martinez
DIRECCION: cl 20D # 96C 86
TELEFONO: 3107685471
CEDULA: 30024813
CORREO ELECTRONICO: marywaldy@hotmail.com
BARRIO: Villemar
ESTRATO: 3
LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico
TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: No aplica
ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 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: Jun/25 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI__ NO X SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno
CLASIFICACION ASA: I (E) III. IV. V. VI. E. CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosa-Sq
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.)	0.4 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	016 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Felipe Suarez, Médico Veterinario y Zootecnista, Universidad de la Salle, T.P 47661
FIRMA:

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


14-OCT-1981
TIPACOQUE
1.54
O+
F
14-NOV-1998 TIPACOQUE


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
SUAREZ MARTINEZ
MARIA WALDINA

enel Bogotá

MOISES [illegible]
BOGOTA D.C. - [illegible]

0410073-1

Cuida a tu familia de los 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 www.enel.com.co





Jun Jul Ago Sep Oct Nov Dic

PERIODO FACTURADO: | DÍAS FACTURADOS: 30 | CONSUMO MES

CONSUMO DIARIO

VALOR DIARIO



¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Directa

Centros de Servicio

Código QR

RED CADE

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115

115

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.

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

FECHA GENERACIÓN
FECHA EXPEDICIÓN

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA Número de Historia Clínica: 155 | MICROCHIP: SI 900255003231047 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Takashi | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 7M | 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 ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Camila Saavedra | DIRECCION: kr 100 16B 49 | TELEFONO: 3134675789

CEDULA: 1073572769 | CORREO ELECTRONICO: misit.mal88@gmail.com

BARRIO: Laguna | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Dic/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: 140 l/m | F. RESPIRATORIA: 27 r/m | TEMPERATURA: 38 Tc | TLLC 1 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	016 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.073.512.769

SEPULVEDA

APELLIDOS

MARIA CAMILA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-JUL-1993

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

19-JUL-2011 FUNZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500800-00331878-F-1073512769-20110907 0027967647A 1 37005790





FACTURA EN LÍNEA

Recibe tu factura Vanti en tu correo.

Puntos Presenciales

Eficiencia energética

¡Hola!

Vanti

Participa y gana uno de los 30 BONOS DE $1.000.000 por compras iguales o superiores a $ 5.300.000 haciendo uso de tu cupo Vanti Listo en tiendas aliadas.

Lista

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

Contáctanos con nosotros y solucionamos tus inquietudes

Atención telefónica

Atención virtual

Diciembre 2025

678309

Fechas importantes

1 Pago oportuno 24 Dic. 2025

2 Fecha de vencimiento 29 Dic. 2025

3 Periodo facturado Nov. - Dic. 2025

4 Emisión de tu factura 10 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA ($)	Subtotal (A*B)+C
CONSUMO GAS	3500	3,670.00	0.00	74,340.00
FIJO	1.00	4,182.00	0.00	4,182.00
AJUSTE DECENA	1.00	9.50	2.00	2.00
SUBSIDIO NET	-1.00	-11,254.12	-2,145.68	-13,410.00

2 Total $92,170.00

Tus financiaciones

Tipo de financiación	Cuotas	Valor cuota	Saldo

Total $0.00

Total a pagar

$0.00 $92,170.00

Tus últimos consumos

Datos de medición

Fecha	Lectura	Tipo
19 Nov. 2025	4131	REAL
05 Dic. 2025	4220	REAL

Tu próxima factura será Entre el 5 y el 10 de Enero

Novedades de tu factura

29. Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 31 Oct. 2030

Agendá ya tu RPO aquí

Tarifas

Sep. $2713 Oct. $2745 Nov. $2742

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Instalaciones de calidad



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. 156

Expiry-Date:2030/09/02
900255003234522

NO. X

FECHA: 15-enero-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Paco

COLOR: Pardo gris

ESPECIE: CANINO FELINO X SEXO: HEMBRA MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 8M 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 COMPRADO ADOPTADO X REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Valentina Ramirez Gomez

DIRECCION: Cl 20c 107-53

TELEFONO: 3224051458

CEDULA: 1016007636

CORREO ELECTRONICO: Lauravalentinaramirezgomez42@gmail.com

BARRIO: Belen. ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 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 °c TLLC (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
	Atropa	0.2 ml.	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	3.4 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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

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

FIRMA

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

FIRMA



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.016.007.636

Apellidos
RAMIREZ GOMEZ

Nombres
LAURA VALENTINA

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.69
Sexo: F
Fecha de nacimiento: 31 DIC 2005
G.S.: AB+
Lugar de expedición: BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
Fecha Lugar de expedición: 09 ENE 2024, BOGOTA D.C.
Firma
Fecha de expiración: 09 ENE 2034



ID
3701395

ACUERDO NACIONAL

ICCOL037013950015001<<<<<<<<<<
0512310F3401099COL1016007636<7
RAMIREZ<GOMEZ<<LAURA<VALENTINA

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natalia Arenas García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: S3 RUTA: S33691

BIMESTRAL

10100067
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

41445900016
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

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

Pago oportuno DIC/26/2025

Suspensión DIC/31/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora límite del medidor factura	Fecha y hora de emisión esta factura
FEB/17/2026	DIC/08/2025 07:00:29	DIC/08/2025 12:05:20

¡Hola!

Factura a nombre de
GLORIA M SORIANO V

Dirección del predio
CL 20C 107 53

Barrio: BELEN Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 2
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

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**

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: 157

900255003234547

NO Número de Microchip: 0

FECHA: 15-ene-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISEA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Monchis

COLOR: Gris y blanco

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 8M PESO: 4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO___ MIXTO X OTRO___

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO X PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Julio Ernesto Daza Villamil

DIRECCION: Kr 112A 1Bc 16-02

TELEFONO: 3183081939.

CEDULA: 80756044

CORREO ELECTRONICO: Dazal23villamil456@gmail.com.

BARRIO: Saturno

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 30/12/25

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. EXAMÉN CLÍNICO

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

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: 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	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 Tatiana Díaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036

FIRMA:

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

FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.756.044
DAZA VILLAMIL
APELLIDOS
JULIO ERNESTO
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 29-JUN-1981
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-MAR-2001 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL



vanti

¡Hola!
LUIS FERNANDO SAMUDIO
KR 112A 18C 13 IN 1F SATURNO
BOGOTA

Cuenta o referencia de pago 64217385

vanti

$ 4.900.000

vanti

Lista

Participa y gana uno de los
30 Bonos de
$1.000.000
por compras iguales o superiores
a
cupo Vanti Uso de tu
gas natural

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

Comunícate con nosotros y actualízanos tus inquietudes

Atención telefónica

Atención virtual

Línea gratuita 01 800 915 264

Línea de ventas 322 [illegible]

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Bancolombia BBVA

Nequi

dale

Puntos Presenciales

Línea gratuita solo para emergencias
Atención las 24 horas
01 8000 915 264
01 8000 181 264

Atención presencial

Eficiencia energética

Vanti

Día a día al papel
y empieza a recibir
tu factura Vanti
en tu correo.

FACTURA
EN LÍNEA

EN LÍNEA

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: 158

Expiry-Date: 2030/09/02
900255003234542

MV Número de Matrícula: X

FECHA: 14/01/25

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Manchas

COLOR: Negro y blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 9m PESO: 4.2 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: Maria Liliana Cano Lobo

DIRECCION: KR 126 20-10 T3 1004

TELEFONO: 3115357268

CEDULA: 53160813

CORREO ELECTRONICO: lilicano2608@hotmail.com

BARRIO: Jerico

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachillerato

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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: 150 l/m

F. RESPIRATORIA: 23 r/m

TEMPERATURA: 38 °C

TLLC (seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

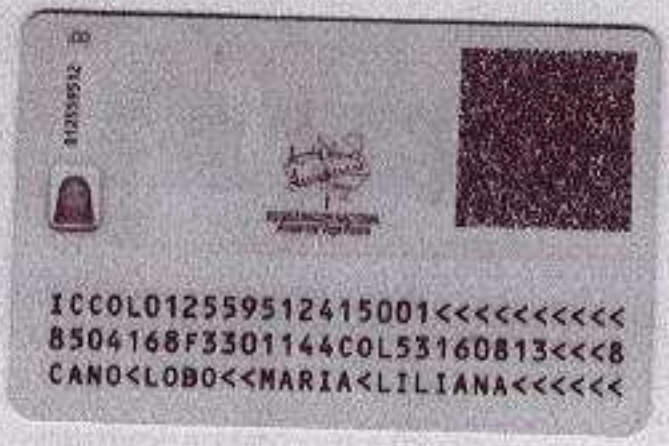
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,16 ml	2mg/kg SC

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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Felipe Suarez Médico Veterinario Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47661	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Flores MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41443	FIRMA


REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 53.160.813
CANO LOBO
MARIA LILIANA
COL
1.81
F
18 ABR 1985
A+
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
18 NOV 2003, BOGOTA D.C.
14 ENE 2033


ICCOL0125595124150O1<<<<<<<<<<
8504168F3301144COL53160813<<<8
CANO<LOBO<<MARIA<LILIANA<<<<<<

FACTURA
EN-LÍNEA



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

adiós al papel
pieza a recibir
factura Vanti
en tu correo.



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

Tan fácil y seguro que no pagarla.

o digital Vanti

is de nuestra página web
vanti.com/pagos-en-linea/

Pagos electrónicos en otros entidades

Redeban · Banca de las Oportunidades · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Santander · Nequi · Davivienda · Occidente · Popular · dale!

Escanea para pagar tu factura

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

s Presenciales

Banco BBVA
Scotiabank Colpatria
Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco Gnb Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

n cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

encia energética

ido consumo
e traduce en un ahorro
omía familiar y contribuye
os emisiones de gases
ermadero, principal causa
limático.

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.

CARGUE SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 830.095.213-0 TIRAJE 1000 UNIDADES VIGENTE

¡Hola!

vanti

PRABYC INGENIEROS SAS PRABYC INGENIEROS SAS
KR 126 20 10 T03 01006 - JERICO
BOGOTA

Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5017118-3515951

Lote: P05GN Ruta: 0011840036405012700 Código del Sector: 328

Cuenta o referencia de pago 62977458

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



vanti Listo

Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.

Cupo hasta de
¡8'000.000
en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.

Extracupo hasta de
¡12'000.000
exclusivo para motos.

Sin tarjetas
Sin papeles
Sin trámites

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

dale! · Occidente · Popular · Bancolombia · Nequi

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.

326
0011840036405012700
76651
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

Expiry-Date:2030/09/02
900255003234555

HISTORIA CLÍNICA HC Número de Historia Clínica: 159

NO. Número de Matrícula: 0

FECHA: 15/01/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Peque

COLOR: Pardo gris

ESPÉCIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mes/120 EDAD: 6m PESO: 2.5 kl

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 ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO nacio en casa.

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Cecilia Bravo Pangel

DIRECCIÓN: CL 20B NO 104A 54 P3

TELEFONO: 3223982660

CEDULA: 52035106

CORREO ELECTRÓNICO: saraFC24@gmail.com.

BARRIO: Centro Fontibon. ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller.

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 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:

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 (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: Dr. Felipe Suarez, Médico Veterinario y Zootecnista, Universidad de la Salle, T.P 47661

FIRMA

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

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.035.106

BRAVO RANGEL
APELLIDOS

MARTHA CECILIA
NOMBRES

Martha Bravo R.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 16-MAY-1970
LA DORADA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

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

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-0000009-40102281-F-0052035106-20050126 0008708250A 01 1010010343

Bogotá

1945640-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No.

JOSE GUATAVITA
CL 20 B NO 109 A 54 PI 2
PISO 3
BOGOTA, B.C. - CENTRO FONTIBON

17 365 9307 / 25498759

Activa

Ago	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
198	199	219	168	216	228	205

VALOR kWh APLICADO: $900.00

CONSUMO DIARIO: 6.83 kWh

VALOR DIARIO: $6,147

PERIODO FACTUR: 29/ 21/NOV/2025 A 30/DIC/2025

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 205 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	2,09
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	
RUTA LECTURA:	
MANZANA DE LECTURA:	
MEDIDOR NO:	
SUBCLASE:	Basica

Regional Suba y Centro Historico
601 5 181 016

115

RED CADE

COMPONENTES TARIFARIOS: Corresponden al periodo de consumo

Vigencia: 01/NOV/2025

En esta factura no se incluyen conceptos adicionales que correspondan a servicios no incluidos en tarifas reguladas, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y se efectúa los consumos futuros, conforme a la ley 142 1994 del 156).

Línea de servicio al cliente 110

FECHA GENERACIÓN: 29/12/2025 07:43:45
FECHA EXPOSICIÓN: 29/12/2025 11:08:08

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: 160 (Número de historia clínica) | 900255003231043 | SI X NO (Número de Atención) | FECHA: 15 - enero - 26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Obiw one | COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | 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 X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE GUARDA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nubia Stella Rojas Garcia | DIRECCION: Kr 123 14b 46 T 8 203 | TELEFONO: 3059516726

CEDULA: 39747907 | CORREO ELECTRÓNICO: Nubiarojasg19@gmail.com

BARRIO: Charco | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: No aplica | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 30/12/25 | 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: Ninguna

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 °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.)	0,5 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/Castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento si

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Angela Marcela Diaz — Medica 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.747.907
ROJAS GARCIA

APELLIDOS
NUBIA STELLA

NOMBRES

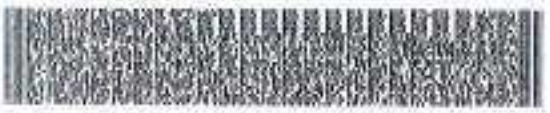




FECHA DE NACIMIENTO 19-ABR-1967
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
31-JUL-1985 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



A-1500150-00164321-F-0039747907-20151113 0047810058A 1 5021430197

SOLICITA TU
FACTURA
EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



Escanea el código QR, descarga esta factura y empieza a recibirla por correo desde el próximo mes.

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



SOLICITA TU
FACTURA
EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes elegir tus facturas de gas e vanlas durante cualquier momento en una sola inscripción

Escanea para pagar tu factura

Bancolombia

Nequi

daviplata

*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 SuperTotal: 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 sola para emergencias
Atención todos los días las 24 horas

Fijo - Móvil: 164 ó 01 8000 913 032
01 8000 191 164

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

CUENTA SUBSCRIPTORA GRUPO VANTI COLOMBIA S.A.S. NIT 900656210

¡Hola!

LATERIZIO SAS LATERIZIO SAS
KR 123 14B 46 T08 01203 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Nodidor Gas No. 8007115-3140669

Lote: P16GN Ruta: 001184008837100056400 Código del Sector: 437

Cuenta o referencia de pago 62816895

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.800.000



vanti

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

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

Comunícate con nosotros y 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 942 754
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4758

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 415 4134

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

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

67008
Pliego
08118400883710056400
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 N°: 161 (Número de Historia Clínica)

Expiry-Date: 2030/09/02
900255003234544 (Número de Microchip)

SI: O NO:

FECHA: 15-ene/26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Romeo

COLOR: Blanco y negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 10m 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: Maria Waldina Suarez Martinez

DIRECCION: CL 20 D # 96 C 86

TELEFONO: 3107685471

CEDULA: 30024813

CORREO ELECTRONICO: mariwaldy@hotmail.com

BARRIO: Villemar

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Tecnico

NS/NR: ___

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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: Jun/25 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: 130 l/m

F. RESPIRATORIA: 23 r/m

TEMPERATURA: 38 °c

TLLC: (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 I.S.P.B.I.	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 Tafurcha Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A M.P. 45036 — FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Ferro MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41641 — FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-OCT-1981
TIPACOQUE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
22-NOV-1999 TIPACOQUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL



04 0073-1

MOISES GARCIA



















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: 162

MICROCHIP: SI / NO: 900255003219170

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ponio

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 8M COLOR: Negro - Blanco

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X PESO: 4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Evelyn Tatiana Daza Silva

CEDULA: 1054802570

DIRECCION: DG 16B #104-29 TELEFONO: 3022700692

BARRIO: Villa Carmenza

CORREO ELECTRÓNICO: tatoohaiyno1995@gmail.com

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 0c/25

ULT. VACUNACION: NS/NR:

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

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa 0c1/23 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa 0c1/25 RABIA: dd/mm/aaaa 0c1/25 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: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 V/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	1-3mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	Atropina	0,2 ml	IV
	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), que han manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento sin novedad.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Angela Fernanda Díaz

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

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Catalina Arenas Perez
MEDICA VETERINARIA
U.D.C.A. T.P. 41441

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

0770484 51

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0770484512073O4<<<<<<<<<<<
9505151F3503122COL1054802510<4
DAZA<SILVA<<EVELYN<TATIANA<<<<

193

FACTURA EN LÍNEA

Escanea el código QR

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

Inscríbete aquí

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

PSE

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que también puedes pagar las facturas de luz o varias cuentas enlazadas en una sola operación.

Escanea para pagar tu factura

Bancolombia · Banco de Bogotá · BBVA · Occidente · Popular · Av Villas · Bancolombia · Banco Pichincha · Banco Davivienda · Banco Caja Social · Nequi · Colpatria · Bancoomeva · dale!

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

Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Bancos Occidente y Red 4-72

Bancos Gana y Popular

Grandes Superficies Alkosto, Jumbo, Éxito

*El corte no aplica con cheques. Este debe ser de gerencia y a cargo de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Línea telefónica solo para emergencias
Atención: todos los días las 24 horas
Bogotá: 601 8000 919 052
Resto del país: 01 8000 181 164

Atención presencial: ingresa a www.grupovanti.com y consulta los puntos para agendar tu cita

¡Hola!

RAMON SALINAS
CC 165 104 23 107 0N909 - VILLA CARMENZA
BOGOTA

Lote: P13GN Ruta: 007102021030301 Código del Sector: 33

Cuenta o referencia de pago 60593340

vanti Listo

Compra

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 5.300.000

Lista

Tus regalos de navidad están a 3 días

Participa y gana uno de los 50 BONOS DE $1.000.000 por compras iguales o superiores a [illegible] en tiendas aliadas con cupo 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 919 [illegible]

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA UIC (Número de historia clínica) 163

MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003219169

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CPS PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Shiro

COLOR: amarillo

ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 6M PESO: 3 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X

TIPO DE 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: Daniel camilo Gomez Tavillo

DIRECCION: Cr 98 N 16B 86

TELEFONO: 3175652357

CEDULA: 1019 988 476

CORREO ELECTRÓNICO: camilogomez744@gmail.com.

BARRIO: San Pedro

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/A

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 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: 150 Vm 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.)	0,3 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 Alonso Ferro MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41141

FIRMA

CEDULA DE CIUDADANIA

REPUBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.019.988.416

GOMEZ TRUJILLO

DANIEL CAMILO

CO 1.70 M

01 ABR 2006 O+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

01 ABR 2024 BOGOTA D.C.

Firma

01 ABR 2034

CO

0437968O3

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0437968036150O1<<<<<<<<<<<
0604017M3404012COL1019988416<0
GOMEZ<TRUJILLO<<DANIEL<CAMILO<

enel | Bogotá

7891719-6

CLIENTE

ADRIANA FORERO

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CALIDAD DEL SERVICIO

CONTÁCTANOS

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

FECHA DE EXPEDICIÓN

FONTIBON | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACION

HISTORIA CLÍNICA: 164 | MICROCHIP: SI | Expiry-Date: 2030/09/02 900255003219162 | FECHA: 15-07-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pascal

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 9M | COLOR: Blanco / Negro

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X | PESO: 4.4 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___ | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Paula Camila Pedroza Suga

CEDULA: 1018469475 | DIRECCION: Kr 135 - 17-35 | TELEFONO: 3194572357

BARRIO: Ciudad Grande | CORREO ELECTRÓNICO: Pedromocamila27@gmail.com

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 01/25

ULT. VACUNACION: NS/NR:

CANINOS: PARVO: 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: NO/25 | TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa NO/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	1-3mg/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.)	0.5 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 cuidador, 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 sus posibles complicaciones quirúrgicas.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47663 | FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Alonso Ferro MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41443 | FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.018.469.475
PERDOMO SUSA
APELLIDOS
PAULA CAMILA
NOMBRES
Camila Perdomo S.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-AGO-1994
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
06-SEP-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-0129136-F-1018469475-20220422 0078842683A 1 9919043681

142

Por favor doble y rasgo para abrir la factura

Por favor doble y rasgo para abrir la factura



Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Puntos Presenciales

Eficiencia energética

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

Atención presencial
ingresa a www.grupovanti.com

¡Hola!

CONSTRUCTORA CAPITAL BOGOTA SAS
KR 135 17 35 TO4 00628
000000

vanti
Más formas de avanzar

Medidor Gas N°

Cuenta o referencia de pago 63601740

vanti Listo

Compra televisores, celulares, muebles, computadores y mucho más pagándolo a través de tu factura de gas.

Tu cupo de crédito aprobado
0



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

Atención Virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa
Línea de WhatsApp 315 436 4154
Oficina Virtual

Por favor doble y rasgo para abrir la factura

Factura de gas

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago: 63601740

NIT 800078135
VANTI S.A. ESP

vanti

Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno — 14 Ene. 2026
2. Fecha de suspensión — 19 Ene. 2026
3. Periodo facturado — Nov. - Dic. 2025
4. Emisión de tu factura — 24 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
FSD	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
AJUSTE DECENA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRAVADO	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

1 — Total 35.166,49

Tus financiaciones

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

2 — Total 22.043,51

3 — Valor facturas vencidas: 0,00

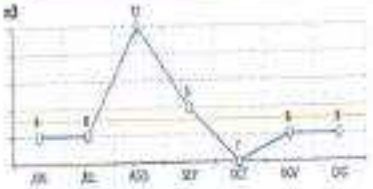
Total a pagar 1 + 2 + 3: 57.210,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos

m3



Datos de medición

Uso: Residencial — Estrato/Cat.: Tres — Días de consumo: 30

Fecha	Lectura	Tipo
21 Nov. 2025	514	REAL
20 Dic. 2025	524	REAL

m³ corregidos = [illegible] — Factor de corrección = [illegible]

Tu próxima lectura será

Entre 18 y el 23 de Enero

Novedades de tu factura

Revisión Periódica Obligatoria

Fecha próximo revisión

30 Nov. 2026

Tarifas

$2571.

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

Componentes tarifarios

[illegible]

Factor de corrección

[illegible]

Indicadores de calidad

[illegible]



(415)7709998026025(8020)63601740(3900)00000000057210

Datos grales. contiguos [illegible]

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: 165 (Número de historia clínica) | Expiry-Date:2030/09/02 900255003231054 | X NO (Número de Microchip) | FECHA: 15-01-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Fratfos | COLOR: Tricolor.

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Siames | EDAD: 8m | PESO: 3.8 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Darly Lorena Bayona Noriega | DIRECCION: Cl 20 97-1301 | TELEFONO: 3153156545

CEDULA: 1005.315927 | CORREO ELECTRÓNICO: Darlybayona012@gmail.com

BARRIO: Villemar | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NO aplica | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NOV/25 | ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: X 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 < 3seg | 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 (5 P.U.)	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 Mireya Díaz — Médica Veterinaria — Universidad U.D.C.A. — M.P. 45036 | FIRMA:

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.005.315.927
BAYONA NORIEGA

APELLIDOS
DARLY LORENA

NOMBRES

Darly Bayona
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 02-JUN-2002
LEBRIJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

27-JUL-2020 LEBRIJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



I-2712030-01153843 F-1005315927-20200805 0071500A6A 1 5081780

FACTURA EN LÍNEA

Escanea el código QR, registra en el formulario y en poco tiempo recibirás por correo cuenta de cobro 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:

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

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

Acércate para pagar tu factura

*Permite adicionalmente recaudo 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 sólo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fija - Móvil: 164 o 01 8000 919 083
01 8000 181 164

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

¡Hola!

GLADYS FRAILE RAMIREZ
CL 20 97 13 01 00001 - VILLEMAR
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.

Medidor Gas No. 3007119-3600900

Lote: P13GN Ruta: 0011020040530005100 Código del Sector: 322

Cuenta o referencia de pago 63311465

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 5.300.000



vanti

Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.

Cupo hasta de

en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.

Extracupo hasta de

exclusivo para motos.

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7a.m. a 5 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m

Línea gratuita 01 8000 942 784
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 313 416 4164
Mi Vanti en Web
https://mi.grupovanti.com/

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

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): 166 | MIC: 900255003231051 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES: ___ PROTECCIONISTA: ___ COMUNIDAD: X ___ CALLE: ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lucas | COLOR: Bms Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 8 m | PESO: 3.9 kg | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO ___

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jaura Natalia Piñeros Pinto | DIRECCION: CL 22 G No 119 A 20 | TELEFONO: 3214551742

CEDULA: 1.073.518.650 | CORREO ELECTRÓNICO: Natalya Pinerosoz@hotmail.com

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

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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 01/2025 | 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: 170 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38.5 °c | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		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 IS P.B.I	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 estímulos prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Felipe Sarmiento Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47661 | FIRMA

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.073.518.650
PIÑEROS PINTO

APELLIDOS
LAURA NATALIA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-FEB-1996
VILLETA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.49 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
04-MAR-2014 FUNZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VEGA PACHA

A-0901000-01504781-F-1073518650-20010213 0073201723A 1 0914403217

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

FACTURA EN LÍNEA



Escanea el código QR, inicia Sesión en el formulario y empieza a recibirla con 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
PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil, tan rico.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Davivienda · Banco AV Villas · Bancolombia · Banco Popular · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Occidente · Scotiabank Colpatria · 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

*Sucursales con cheques, efectivo sin de garantía 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. 805.016.517-8

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

MARIA LUCELY SALAZAR
CL 22G BIS 119A 20 00001 - BRISAS ALDEA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077101-1090455

Lote: P0SGN **Ruta:** 0011010028710005000 **Código del Sector:** 329

Cuenta o referencia de pago **61811745**

vanti Listo

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

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 $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

Almacenes Éxito S.A. NIT. Gas Natural Comprimido S.A. E.S.P. NIT 900.153.257-8 Gases de La Guajira S.A. E.S.P. y Gases de La Comarca S.A. E.S.P. Carrera 7 No. 71-21 Torre B Piso 11 Bogotá D.C. Teléfono 601 3258460 Fax 601 3258461 Línea de atención al cliente 018000 919052 Bogotá 601 3074121 Bucaramanga 607 6854055 Línea gratuita nacional 018000 942794 Línea de WhatsApp 315 416 4164 Mi Vanti en línea https://mi.grupovanti.com/ Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para contactarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023

Comunicate 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 4055

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 contactarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

329 | 0011010028710005000 | 18 | C1

Factura de gas

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago **61811745**

BOGOTA

NIT: 800.083.433-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: **23 Dic. 2025**

2 — Fecha de suspensión: **24 Dic. 2025**

3 — Periodo facturado: **Nov. - Dic. 2025**

4 — Emisión de tu factura: **10 Dic. 2025**

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	7M3	2.934,15	0,00	20.539,05
MENOS SUBSIDIO (50%)	1UN	-6.818,96	0,00	-6.818,96
AJUSTE DECENA	1UN	0,09	0,00	0,09

1 — Total **$13.720,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

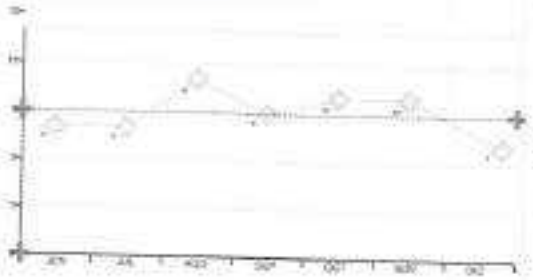
3 — Valor facturas vencidos **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$13.720,0**

Paga por PSE

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
07 Nov. 2025	6152	REAL
06 Dic. 2025	6161	REAL

m³ consumidos: 6161 - 6152 * Factor de corrección = 7

Tu próxima lectura será: **Entre 04 y el 09 de Enero**

Novedades de tu factura

Ovlle $ 6570,00

Apreciado usuario, informamos que realizamos un análisis del consumo registrado en su medidor para este mes acorde con la Res. CREG 108 007 del 2024, detectamos una desviación de consumo, procederemos a promediar o proyectar para determinar las causas, una de nuestros técnicos le estará visitando, si tiene dudas contáctenos.

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 de responsabilidad y cargo exclusivo de los usuarios y debe realizarse en los términos establecidos en la regulación vigente (Resolución CREG 108 de 2017 y 067 de 2021).

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Cm: 1324,73 Tm: 982,57 Dm: 686,11 Cm: 0,0
Pr: 89,99 Cuec: 0,0 Cutm: 0,0 Cuem: 0,0
Cuom: 0,0 Fpcm: 42,512 Dtcm: 0,0 Dtcmm: 0,0

Mínimo Tu consumo en m³ de gas mensual: 83
Valor a reconocer unitario del kWh: $195,200

Factor de corrección

Vm: 8 Pz: 0,70796 Pt: 1,00621 Pr: 0,77001
Vd: 7 Tm: 0,975 Te: 15,06 Pb: 1,01308
Pz: 0,752 Pm: 0,8654 Fpcv: 1,0
Factor de corrección: 0,77001

Indicadores de calidad

PSI: 100,0 CMS: 0,0 ID: 100,0 PR: 100,0



(415)7709998039025(8020)61811745(3900)000000000013720

Factura No. F165071600429
C1
18

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZA ... CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA (Número de Historia clínica): 167

MICROCHIP: 900255003231981

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milo

COLOR: Blanco/ Paido

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 11 M

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: Juan Esteban Franco Vanegas

DIRECCION: cl 78 N° 102 - 42

TELEFONO: 3229062976

CEDULA: 1142763664

CORREO ELECTRONICO: dayan.valentina.ga@gmail.com

BARRIO: Centro Fontibon

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELA: 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: Rosada

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	Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47661	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Forero MEDICA VETERINARIA T.P 47661	FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.192.763.664
FRANCO VANEGAS
APELLIDOS
JUAN ESTEBAN
NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA

Juan Franco
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-DIC-2000
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-DIC-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500160-01664653-M-1192763664-20190111 0084067936A 1 1710287662

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 900.063.805-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

4545049-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 9760000121-1

CLIENTE

MERY CASTRO DUARTE
CL 18 NO 102 42 AP 301
INTERNO
BOGOTÁ, D.C. - CENTRO FONTIBON

17 366 9023 / 117815

¿Somos 3 EXCELENTE? Valóralo. Escanea el Código

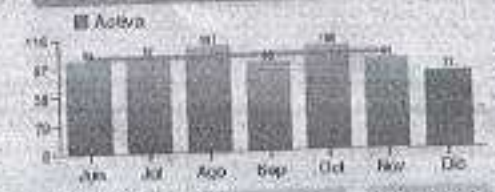
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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 MES APLICADO: $000.00
CONSUMO DIARIO: 2,57 kWh
VALOR DIARIO: $1.795

PERIODO FACTURADO: 21 NOV 2025 A 20 DIC 2025
DÍAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES: 77 kWh

¿Ya conoces nuestro nuevo canal de LECTURA DE TU MEDIDOR Y CONSUMO? Ingresa a tu cuenta de usuario

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,40
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR MC:	[illegible]
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 5 135 135

115 Opción 1 las 24 horas

605 5135135

USO EFICIENTE DE ENERGÍA

Visita nuestra página web y descubre todos los beneficios que tiene para ti el uso eficiente de la energía.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billeteras Virtuales

Corresponsales Bancarios

Red Comercial

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. — Av. Cl. 6a. Sur #3-30

CODABE LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 6 - 30

AVEA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 129 # 58 - 30 piso Local 123 124

Línea de servicio al cliente 110

Es muy fácil, ver en cancelación adicional que corresponde a un valor no indicado en facturas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una sola vez y no afecta los consumos futuros, conforme a la Ley 142 (1994) (art 150).

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

FECHA GENERACIÓN: 20/12/2025 02:31:47
FECHA EXPEDICIÓN: 26/12/2025 10:51:00

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA Número de Historia Clínica: 168

Expiry Date: 2030/09/02
900255003234539

SI X NO Número de Microchip

FECHA: 15-ene/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zeus

COLOR: Tabby Gris

ESPECIE: CANINO FELINO X SEXO: HEMBRA MACHO X

RAZA: Mestizo EDAD: 11 m PESO: 4.1 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X

DURANTE LA VALORACION X 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 CUMBRA OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Andres Felipe Pira Rivas

DIRECCION: Cl 23A 96G 11-02 TELEFONO: 3128867133

CEDULA: 1013.114.343

CORREO ELECTRÓNICO: AndresF.rivasa@gmail.com

BARRIO: Colfradia ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD/ NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Jul 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: 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: 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
	Morfina	0,2 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN G.P.B.I	0,4 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,16 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

FIRMA:

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

FIRMA:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
PIRA RIVAS

NUIP 1.013.114.343

Nombres
ANDRES FELIPE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.72

Sexo
M

Fecha de nacimiento
15 FEB 2007

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
25 FEB 2025, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
25 FEB 2035

0753349032

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0753349036150O1<<<<<<<<<<
0702153M3502251COL1013114343<0
PIRA<RIVAS<<ANDRES<FELIPE<<<<<

151

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.**

Inscríbete aquí



SOLICITA TU
FACTURA·EN·LÍNEA·
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Pse · Bancolombia

Sin filas, tramites y papeles

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 otros entidades

Redeban · Baloto · Bancolombia · BBVA · Servibanca · Efecty · Gana · Bancolombia · Banco Agrario · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Corfecha · Colpatria · 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, 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.

CANALES SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT 900219.812-6 (7592)2705000 VANTI

¡Hola!

JOSE FERNANDO RIVAS
CL 23A 96G 11 02 - COFRADIA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007114-1016251

Lote: P08GN Ruta: 0011020322880005100 Codigo del Sector: 321

Cuenta o referencia de pago **62523773**

vanti

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

vanti



Sin trámites
Sin papeles
Sin mensajero

Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.
Cupo hasta de
$8'000.000
en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.
Extracupo hasta de
$2'000.000
exclusivo para motos.

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

Éxito · Alkosto · Ktronix · Homecenter

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

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 registro única: 169

Expiry Date: 2030/09/02 900255003234122

ID NO Chip o en Microchip: X

FECHA: 15 - ene - 26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD: X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Juan | COLOR: Tricolor.

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Julian Andres Duarte Gil | DIRECCION: Kr 118B BIS 23-20 03 | TELEFONO: 3105764494

CEDULA: 1033692647 | CORREO ELECTRÓNICO: Julianandresduarte311@gmail.com.

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

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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 °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	FEN (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 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. 41443	FIRMA


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos
DUARTE GIL

NUIP 1.033.692.647

Nombres
JULIAN ANDRES

Nacionalidad
COL

Estatura
1.67

Sexo
M

Fecha de nacimiento
12 NOV 2005

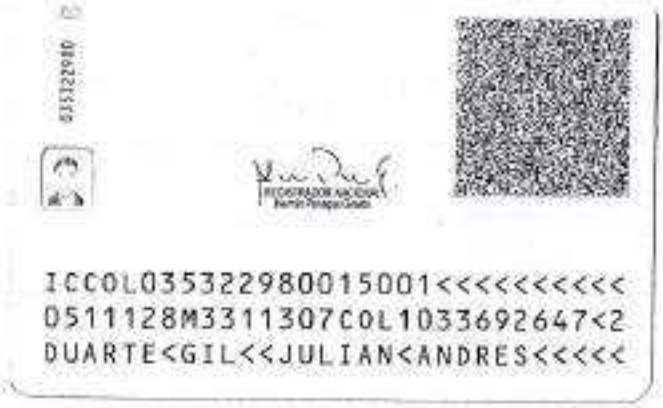
Grupo sanguíneo y factor RH
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

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

Firma

Fecha de vencimiento
30 NOV 2033


0892251519

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0353229800150O1<<<<<<<<<<<
0511128M3311307COL1033692647<2
DUARTE<GIL<<JULIAN<ANDRES<<<<<

65

FACTURA EN LÍNEA



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



vanti

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

¡Ahórrate el incremento de tarifa del 2026!

Publicidad a cargo de las empresas que conforman el Grupo Vanti. Campaña válida entre el 16/12/2025 y 28/1/2026. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Puntos sujetos a revisión. Los cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC. Ver T&C en www.grupovanti.com/RPG

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Banco Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Red · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco de Bogotá · Banco de Occidente · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda · Dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.048.613-8 704503/03/2025 VANTI

¡Hola!

CARLOS HERNAN BARRETO
KR 118B BIS 23 20 03 - BRISAS ALDEA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007117-3334069

Lote: P17GN Ruta: 0011010065400005200 Código del Sector: 329

Cuenta o referencia de pago **63016718**

vanti Listo

Compra televisor, calentador o el mueble nuevo que quieras, y paga cómodo a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 2.165.669**

vanti Listo

¡TU COMPRA EMPIEZA escaneando el QR!



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

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8131
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Si se suspende el servicio por falta de pago y cuando se reconecte, se cobrará el reconocimiento de la reconexión. Para obtener información sobre los requisitos para acceder a la financiación de la reconexión, ingrese a www.grupovanti.com/pagos-en-linea/ y haga clic en Financiación de reconexión. Para más información, ingrese a www.grupovanti.com/pagos-en-linea/ y haga clic en Financiación de reconexión. Para más información, ingrese a www.grupovanti.com/pagos-en-linea/ y haga clic en Financiación de reconexión.

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: 170 (Número de Historia Clínica) — Expiry-Date: 2030/09/02 — 900255003234139 — SI X NO (Número de Microchip) — FECHA: 15-ene-26

ORIGEN: CES — PROTECCIONISTA — COMUNIDAD X — CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tarzan. — COLOR: Tricolor.

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X — SEXO: HEMBRA ___ MACHO X — RAZA: Mestizo — EDAD: 8M — PESO: 42. 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 ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angie Natalia Arango Fajardo — DIRECCION: CL 13D N0100-65 CA 139 — TELEFONO: 3013211908

CEDULA: 1016064888 — CORREO ELECTRÓNICO: nata.arango.f@gmail.com.

BARRIO: Sabana Grande — ESTRATO: 2 — LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

ULT. DESPARASIFICACION: dd/mm/aaaa: NOV 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: NOV/25 — LEUCEMIA: dd/mm/aaaa — RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m — F. RESPIRATORIA: 23 r/m — TEMPERATURA: 38 °c — TLLC: < 2 seg — MUCOSAS: Rosada

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	0.6 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

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

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

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Mesa Rivera MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441 — FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.064.888

ARANGO FAJARDO

APELLIDOS

ANGIE NATALIA

NOMBRES



FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-1994

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

09-ABR-2012 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00701899-F-1016064888-20150505 0044049467A 1 1643318937

178

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 899.999.915-9
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas Empresas de Cobro No.

2365475-5

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 370870000 6

CLIENTE

CONSTRUCTORA BOLIVAR
CL 13 D NO 100 65 CA 150
BOGOTA, D.C. - SABANA GRANDE

Descarga la factura virtual. Escanea el código

15 316 1012 / 922040

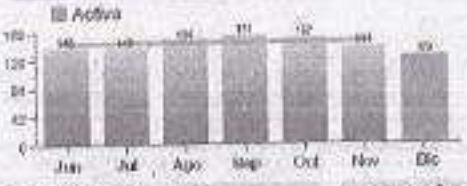
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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.co



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR KWH APLICADO $000,00

CONSUMO DIARIO: 5,16 kWh

VALOR DIARIO: $2.016

PERÍODO FACTURADO: 22 NOV/2025 A 22 DIC/2025

DIAS FACTURADOS: 31

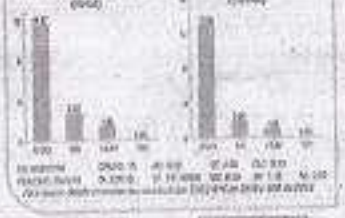
CONSUMO MES 160 kWh

¡Con tres cuentas no pagas la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA KW:	4,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1808181810103
RUTA LECTURA:	1218181314
MANZANA DE LECTURA:	1808180181
MEDIDOR NO:	922040
DUDOSA56:	Estima

CARGAS DE LA FACTURA



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Zipacón 601 6 115 115

115 Opción 1

601 32 40000

https://www.enel.com.co/es/personas/asesor-chat.html

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

PROACTIVA AMBIENTAL S.A. E.S.P. Cra 106 # 24-20

CADAM LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6 B - 20

ATESA LIMPIA DEL ORIENTE CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54-20/10 Local 403 Cra 106

Línea de servicio al cliente 110

En esta factura no se encuentra aplicando el concepto solidario que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los estratos 5 usuarios por este mes y no aplica a los consumos futuros, conforme a la ley 142 /1994 (art 150).

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del cargo: Vigencia: 10/9/2025

FECHA GENERACIÓN 27/12/2025 01:17:40
FECHA EXPEDICIÓN 27/12/2025 14:19:19

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA: 171 | MICROCHIP: 900255003219167 | FECHA: 15-06-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Oliver | COLOR: Blanco / amarillo

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA: MESTIZO | EDAD: 5M | PESO: 3.3 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI___ NO X | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO___ MIXTO X OTRO___

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ FEBRO DE CUADRA___ OTRO: nacio en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nidia Angelica Conedor Aguilc | DIRECCION: Kr 120 n° 23B 70 | TELEFONO: 3232738437

CEDULA: 39754397 | CORREO ELECTRÓNICO: n.angelica-1969@hotmail.com.

BARRIO: El Refugio | ESTRATO: 2 | 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: 5/8/25

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. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I (E) 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	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.)	0.3 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 Marcela Díaz 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. 41431 | FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **39.754.397**
CORREDOR AGUIRRE
APELLIDOS
NIDIA ANGELICA
NOMBRES

Nidia A Corredor A
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-NOV-1969**
LA MESA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

07-JUN-1988 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00975725-F-0039754397-20180208 0059410797A 1 9903167739

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: **1969237-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3769060241

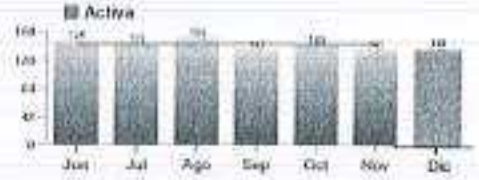
9057979

CLIENTE

NIDA CORREDOR
KR 120 NO 20 B 19
REFUGIO
BOGOTA, D.C. - EL REFUGIO

15 320 9789 / 1575562

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $000,00

CONSUMO DIARIO: 4,77 kWh

VALOR DIARIO: $2.440

PERÍODO FACTURADO: 19 NOV/2025 A 18 DIC/2025 | DÍAS FACTURADOS: 30 | CONSUMO MES: 143 kWh

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

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

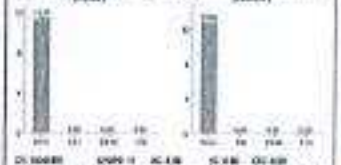
Repórtalo de forma anónima al **601 514 0000** o a través de nuestra página web: **enel.com.co**



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1008015203090
RUTA LECTURA:	0153201231
MANZANA DE LECTURA:	0520601902
MEDIDOR NO:	1575552
SUBCLASE:	Basica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registrate gratis
Entra a tu Sede de la página Web
Descarga la App Enel Clientes Colombia
Enel Colombia
@EnelClientesCO
Agencias
Bogotá, Soacha y Girardot en 600 5 555 115
Emergencias
115 Opción 1 las 24 horas
Denuncios
600 514 0000 denuncios@enel.com.co
Defensor del Cliente
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

USO RESPONSABLE DE ENERGÍA

Mientras los apagadores alberguen los hijos de algún Nochebuena necesitemos, planchas en el engalanar para la llevaremos adentro.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

Billeteras Virtuales

Corresponsales financieros

Red Electrika

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

RED CADE

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. Tv 4 No. 64A-45

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6 B - 30

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 13A # 34-26 / 35 Local 102-104

Líneas de servicio al cliente 110

En esta factura no se incluyen conceptos adicionales que correspondan a un saldo 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).

FECHA GENERACIÓN
20/12/2025 05:21:37
FECHA EXPEDICIÓN
20/12/2025 12:05:53

Factura electrónica de Venta como Prestador de Servicios Públicos Domiciliarios | Versión Tecnológica | Servicios SAS BIC - nombre del SIN: CIIU/Actividad - NIT 900.321.915-9
T-80 - 6/2024 - 2025

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 538-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC Número de Historia Clínica: 172

Expiry-Date: 2030/09/02 900255003234137

NO Número de Microchip: X

FECHA: 15-enero-26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CAIRE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Coco

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 6m 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 PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angie Natalia Arango Tejardo

DIRECCION: CL 13D N0100-65 CA 139

TELEFONO: 3013211908

CEDULA: 1016064888

CORREO ELECTRONICO: nata.arango.f@gmail.com

BARRIO: Sabana Grande

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NOV 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: NOV/25 ___ LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/mm/aaaa ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.064.888

ARANGO FAJARDO

APELLIDOS

ANGIE NATALIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-1994

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

09-ABR-2012 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00701899-F-1016064888-20150505 0044049467A 1 1643318937

177

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 830059566-7
Cra 11 No 93 - 53 Piso 1

2365475-5

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 0185705350

CONSTRUCTORA BOLIVAR
CL 13 D NO 100 65 CA 139
BOGOTA, D.C. - SABANA GRANDE

18 318 1012 / 923040

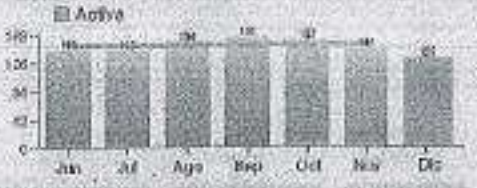
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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.co



Activa



VALOR kWh APLICADO
$564,09

CONSUMO DIARIO:
4,16 kWh

VALOR DIARIO:
$2.011

PERIODO FACTURADO
02 NOV 2025 A 02 DIC 2025

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES
129 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA (kW):	4,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
SECUENCIA DE LECTURA:	[illegible]
DEUDOR NO:	923040
SUBCLASE:	Otros

HISTÓRICO DE CONSUMO

Historia Acumulada (kWh) | Historia Mensual (Pesos)

CONTÁCTANOS

Reporte, Solicite y Consúltenos 601 5 115 115

115 Opción 2

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PUNTO ENTRE BOGOTÁ S.A. E.S.P. Tv 4 No 51A-05

CHARO LIMPIO BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6B - 09

ÁREA LIMPIA DISTRITO CENTRAL S.A.S. E.S.P. Calle 128 # 54-39 Bodega 625 124

Línea de servicio al cliente 115

FORMAS PARA PAGAR TU ACTIVIDAD

Medios Virtuales de Pago

Billeteras Móviles

Corresponsales Bancarios

Red Efectivo

Convenios Recibos

Código QR

Recaudos en Efectivo

COMPARATIVO TARIFARIO | Comportamiento del costo: Agencia: NOV 2025

Si no cubres más de un consumo básico que corresponde a un valor en subsidio en tarifas solidarias, el cual aplica sobre el consumo de los dos (2) meses, por este mes no se aplica los consumos básicos, conforme a la Ley 142 /1994 (Art 130).

FECHA GENERACIÓN
2025/12/05 01:17:49
FECHA EXPEDICIÓN
2025/12/05 14:49:19

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: 173 | MICROCHIP: 900255003219460 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Michi | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 7 meses | 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 ___ FERIA DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Melani Daniela Castillo Muñoz | DIRECCION: Kr 115 22D 99 | TELEFONO: 3212314535

CEDULA: 1015997268 | CORREO ELECTRÓNICO: melanicastillo968@gmail.com

BARRIO: Versalles | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Nov - 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. | 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: Rosada

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-3mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5-7mg/kg IV
	Morfina	0,2 ml.	IV.
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 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	Dr. Felipe Suarez Medico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47661	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alzate Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.015.992.268
CASTILLO MUÑOZ

APELLIDOS
MELANI DANIELA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-DIC-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

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

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



FACTURA EN-LÍNEA



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



Activa tu FACTURA EN-LÍNEA y págala a través de

¡Hola!

MARIA SOFIA ARDILA
KR 115 22D 44 - VERSALLES
BOGOTA

vanti

Más formas de cargar

Medidor Gas No. 3097197-16877

Lote: P13GN Ruta: 0611020185710005000 Codigo del Sector: 326

Cuenta o referencia de pago 60635302

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

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

Cuadros para pegar la factura

Síguenos en nuestras redes sociales como #grupovanti y conoce nuestros canales

vanti



Participa y gana uno de los 50 BONOS DE $1.000.000

por compras iguales o superiores a [illegible] haciendo uso de tu cupo Vanti Lista en tiendas aliadas.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Sociedad de Créditos
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Colombia
Red GACP
Banco de Bogotá

Oficinas Supergiros
Metro, Andes, Éxito

Suministro realizado por [illegible] de Gases de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

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

Fijo – Móvil: 164 o 01 8000 919 053 / 01 8000 181 164

Atención ambiental

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica

Línea gratuita 01 8000 [illegible]

Atención virtual

Línea de WhatsApp 317 [illegible]

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA (Número de Historia Clínica): 174

MICROCHIP: 900255003234783

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: titan

COLOR: Tabby

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 9 MESES PESO: 4.8 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Erick Santiago Orozco Gil

DIRECCION: Cll 22g 96g 72

TELEFONO: 3176902690

CEDULA: 1016018217

CORREO ELECTRÓNICO: ogeo-1989@hotmail.com

BARRIO: Fexcuezga

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: 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: Sept 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: 36 °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 S.P.B.I	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 quirúrgico preequipo.

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 Alcaso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.016.018.217
OROZCO GIL
ERICK SANTIAGO
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 12-JUN-1989
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
AB+
G.S. RH
M
SEXO
14-JUN-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

acueducto

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 03 RUTA: 033327

BIMESTRAL

10449299
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

19885918011
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Periodo facturado SEP/18/2025 - NOV/13/2025

¡Hola!

Factura a nombre de:
MARIA DEL CARMEN LOPEZ DE QUI

Dirección del predio
CL 220 96G 72 PI 1

Barrio: FERROCAJA Localidad: FONTIBON

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

FEB/11/2026 DIC/03/2025 05:49:17 DIC/03/2025 11:30:52

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

Datos de tu medidor

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 ↓

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): 175

MICROCHIP: 900255003234788

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Oreo					COLOR: Blanco Negro	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 9 meses		PESO: 5.3 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: Erick Santiago Orozco Gil	DIRECCION: Cll 22g 96g 72	TELEFONO: 3176402640
CEDULA: 1016018217	CORREO ELECTRÓNICO: oges_1989@hotmail.com	
BARRIO: Fenicaya	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___
NA	Dic/25	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: Sept/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	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 y los procedimientos anexos.

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 Ferrero MEDICA VETERINARIA U.D.C.A T.P. 41441	FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
1.016.018.217
APELLIDOS
OROZCO GIL
NOMBRES
ERICK SANTIAGO
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-JUN-1989
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
AB+
G.S. RH
M
SEXO
14-JUN-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL



0295401348 M 2808523

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 03 RUTA: 033327 BIMESTRAL

10449299
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

19885918011
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

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

¡Hola!

MARIA DEL CARMEN LOPEZ DE GIL

Dirección del predio
CL 22G 96G 72 PI 1

Barrio: FERIOCAJA Localidad: FONTIBON

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

FEB/13/2026 DIC/03/2025 05:49:17 DIC/0 /2025 11:30:52

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

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 t

Datos de tu medidor

En este periodo **consumiste menos agua** (pie en el archivo)
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo

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): 176

MICROCHIP: Expiry Date: 2030/09/02 900255003234536

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES: PROTECCIONISTA: COMUNIDAD X CALLE:

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Francisco

COLOR: Amarillo Blanco

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 8 Meses

PESO: 4.1 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI: NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI: NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI: NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Anka Lucia Gil Ortegon

DIRECCION: Kr 111 19A 32

TELEFONO: 3112074992

CEDULA: 52461792

CORREO ELECTRÓNICO: 3112074992@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: NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NA

ULT. VACUNACION: NS/NR: ✓

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

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETECLA: 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: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-3mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml	0,2
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5 ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B)	24 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 Tatiana Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A.

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Monsalve Forero M.P. 45036 MEDICA VETERINARIA U.D.C.A T.P. 41441

FIRMA:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.461.792
GIL ORTEGON
NOMBRES
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-1999 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

enel | Bogotá

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

7994159-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 378469865-6

CUENTA

VICTORIA BARRANTES RAMIREZ
KR 111 NO 19 A 32,

BOGOTA, D.C. - 508409

17 316 9095 / 23531355

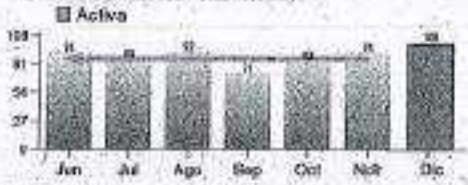
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $800,00

CONSUMO DIARIO: 3,33 kWh

VALOR DIARIO: $2.667

PERÍODO FACTURADO: 21 NOV/2020 A 20 DIC/2020

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 100 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 62 kWh

¡Con mas facilidad accede a la LECTURA DE TU MEDIDOR y a CONSUMO de energía en enel.com dentro de la habitual!

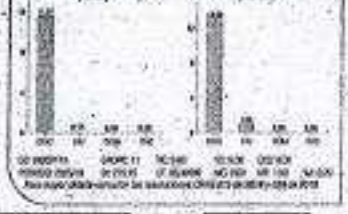
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1003173109093
RUTA LECTURA:	13173101005
MANZANA DE LECTURA:	MG9004057G
MEDIDOR NO:	23531355
MARCA kWh:	Elster

USO SEGURO DE ENERGÍA

Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Realiza cada mantenimiento preventivo a electrodomésticos cerca de lavaplatos o duchas.

COMPORTAMIENTO DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá Móvil y fijo: 601 5 135 115

Línea gratuita nacional: 115

Línea gratuita de SIN Colombia

Chat de atención en www.enel.com.co

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Redes sociales

Oficinas de Clientes: https://www.enel.com.co/es/personas/tiendas-en-oficinas.html

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. TV 4 No. 69A-05

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 69B - 05

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL, S.A.S. E.S.P. Calle 139 # 94 -38/40 Local 133-134

Línea de servicio al cliente 110

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2020

FECHA GENERACIÓN: 25/12/2025 09:57:29
FECHA EXPEDICIÓN: 25/12/2025 10:11:16

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)	MICROCHIP	FECHA
177	Expiry-Date:2030/09/02 900255003231136	15-01-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Rocko				COLOR: Amarillo Blanco	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 4 años	PESO: 5-1 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___				

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ashly Dayan Sanchez Duarte		DIRECCION: Kr 113 19A 11	TELEFONO: 319 478 7460
CEDULA: 1000329507		CORREO ELECTRÓNICO: ashlysanchezduarte0420@gmail.com	
BARRIO: Villa Comenzo	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X
NA	NR	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 01/2025

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

OBSERVACIONES: /

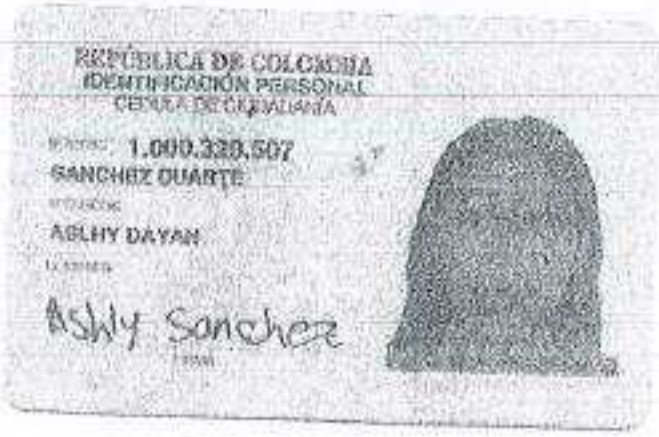
7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: /

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

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

1.000.320.507
SANCHEZ DUARTE

ASLHY DAYAN

Aslhy Sanchez

enel Bogotá

7800636-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No.

CONSTRUCTORA LARES
KR 113 NO 19 A 11 AP 100
APARTAMENTO 100
BOGOTA, D.C. - VILLA CARMENZA

Activa

VALOR MES APLICADO

CONSUMO PROMEDIO

VALOR DIARIO:

PERIODO FACTURADO:

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

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

PUNTOS DE ATENCIÓN AÉREO

Línea de servicio al cliente 115

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 178 | MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231140 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nono | COLOR: Blanco Amarillo

ESPECIE: CANINO__ FELINO X | SEXO: HEMBRA__ MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 1 Año | 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 X MIXTO__ OTRO__

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ashly Dayan Sanchez Duarte | DIRECCION: Kr 113 19A 11 | TELEFONO 3194787460

CEDULA: 1000329507 | CORREO ELECTRONICO: Ashysanchezduarte0420@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: 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 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.)	0,3 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 (castración/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO__, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Felipe Suárez, 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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.329.507
SANCHEZ DUARTE

APELLIDOS

ASLHY DAYAN

NOMBRES

Aslhy Sanchez

FIRMA

197 / 198

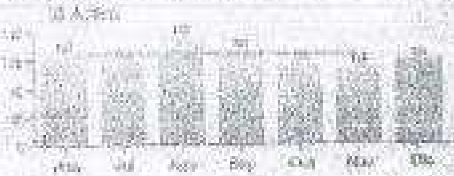
Bogotá

7600038-7

CONSTRUCTORA [illegible]

APARTAMENTO 103

BOGOTA, D.C. - VILLA [illegible]





INFORMACIÓN DE LA CUENTA

[illegible]

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)	MICROCHIP:	FECHA:
179	900255003231121	15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Motoso					COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 3 Año	PESO: 4 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 Nacido en casa.

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nohelia Gomez Fonseca		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	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X		
NR	NR	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa	TRIPLE: dd/mm/aaaa	PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa
		HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa	LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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 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
	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	0,6 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.184.251

APELLIDOS GOMEZ FONSECA

NOMBRES NOHELIA





FECHA DE NACIMIENTO 15-MAY-1971

UMBITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-SEP-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil tu inscripción

Tan fácil y seguro pagar en línea

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 varios cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otros entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Banco de Occidente · Banco Popular · Banco Caja Social · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Nequi · Davivienda · Davivienda Corredores · Dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

CARTONAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.066.813-4

¡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: P18GN **Ruta:** 0011840115020005020 **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

Éxito · Ktronix · Dafiti

Comunícate con nosotras 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/

FONTIBÓN

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): 180 | MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231516 | FECHA: 15-01-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Michi | COLOR: Gris Blanco

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 5 meses | 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: Julieth Lopez Murillo | DIRECCION: Kr 108 22F 30 | TELEFONO: 3123700253

CEDULA: 1016082510 | CORREO ELECTRÓNICO: stevenamayan213@gmail.com

BARRIO: Versalles | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I (II) III. IV. V. VI. E: | CONDICION CORPORAL: 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.)	0,2 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 Marcela Diaz Medica Veterinaria Universidad U.D.C.A. MP 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Munoz Perez MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.016.082.510
LOPEZ MURILLO

JULIETH

Julieth Lopez



04-ENE-1996
SEVILLA
(VALLE)

1.60 O+ F

16 ENE 2014 BOGOTA D.C





175

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: S3 RUTA: S336B0A BIMESTRAL

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá ESP
NIT. 899.699.053 - 1

Natalia Avendaño Barca
Asesora Área Legal

12077573
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

16574224412
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

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

Pago oportuno DIC/26/2025 Suspensión DIC/27/2025

Fecha especial próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de exposición factura
FEB/17/2026	DIC/06/2025 07:03:01	DIC/06/2025 12:01:40

¡Hola!

Factura a nombre de
NUBIA CECILIA VALLES ABELLO

Dirección del predio
KR 108 22F 30 IN 1

Barrio: VERSALLES 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 ALTAIR
Serie 0130445467
Tipo
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 ↓

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

7878

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: 181

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003219165

FECHA: 13-01-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ades

COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 10 meses PESO: 4.4 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: Shirlys del Carmen Ramos Sena

DIRECCION: Cl 23 G Bis 101 B # 3116752024

TELEFONO

CEDULA: 1016049059

CORREO ELECTRÓNICO: shirlysramossena@gmail.com

BARRIO: La Cabaña ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

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: RABIA: dd/mm/aaaa: oct/2025

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: 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: 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.	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 Alfaro Diaz. Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. Valentina Alcalá Forero M.P. 45036

FIRMA

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

FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.047.059
RAMOS SENA
APELLIDOS
SHIRLYS DEL CARMEN
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-1992
VALENCIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-JUL-2010 BOGOTA D.C.
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 1

0413886-7

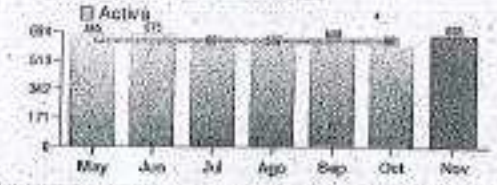
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 374666643-8

ALBA NUBIA LOPEZ RAMIREZ
CL 23 G BIS NO 101 B 16
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - LA CABAÑA FONTIBON

15 305 8587 / 27265752



HISTÓRICO CONSUMO (kWh)



VALOR kWh APLICADO: $820,86
CONSUMO DIARIO: 20,26 kWh
VALOR DIARIO: $16.361

PERIODO FACTURADO: 18 OCT/2025 A 18 NOV/2025
DIAS FACTURADOS: 32
CONSUMO MES: 658 kWh

Consumo Promedio diario kWh

Cuidar la energía es cuidar el planeta. Reduce tu consumo.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	6,62
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000313068847
RUTA LECTURA:	121308050102
MANZANA DE LECTURA:	M5008452010
MEDIDOR NO:	27265752
SUBCLASE:	Basico

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Reglamento gratis
Descargalo de la página Web
Línea de atención al cliente: Bogotá, Cabecera y Cundinamarca 601 6 115 115
115
Línea de atención al cliente

¿CÓMO PAGAR SU FACTURA?

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROACTIVA AMBIENTAL DISTRITO S.A.E.S.P.
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.
ASEO CAPITAL DISTRITO CAPITAL E.A.S. E.S.P.
Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del cargo — Vigente de: OCT/2025

FECHA GENERACIÓN
21/11/2025 01:06:14
FECHA EXPOSICIÓN
21/11/2025 12:40:11

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA (HC Número de Historia Clínica): 182

MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003219161

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tarlon

COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 1 año 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__ REGALADO X PERRO DE CUADRA__ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Hilda Rondon Jaimes

CEDULA: 52376281

DIRECCION: Cl 17 C 134 70

TELEFONO: 3138099758

CORREO ELECTRÓNICO: 3138094758@sincorreo.com

BARRIO: Puente Grande ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA

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 Junio/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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m F. RESPIRATORIA: 22 r/m TEMPERATURA: 38c 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
	Morfina	0.2 ml	N.
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

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

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

FIRMA:

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

FIRMA:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.326.281
RONDON JAIMES
APELLIDOS
HILDA
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 21-AGO-1977
LOS SANTOS
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
12-ENE-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

153

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

NAG
Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: I3 RUTA: I33325

BIMESTRAL

11221832
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42791163316
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
RUBEN EDUARDO MORALES

Dirección del predio
CL 17C 134 70 MZ G CA 16

Barrio: PUENTE Grande Localidad: FONTIBON
Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 3
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 especial próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/27/2026	DIC/22/2025 08:27:20	DIC/22/2025 12:06:02

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

Pago por Nequi

20

7659 3367 1/2

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC: Número de Historia Clínica: 183

900255003219454

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tom | COLOR: Gris-blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 18m | PESO: 3.8 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO: Nacido en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Isabelita Duarte Sandoval | DIRECCION: CL 16 F No. 99-72 | TELEFONO: 3123931429

CEDULA: 35325202. | CORREO ELECTRONICO: andrea.rincon4.0913@hotmail.com

BARRIO: Ferrocaja | ESTRATO: 3 | 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.A

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/01/2025

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 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.)	0.4 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: Dr. Felipe Suarez, Medico Veterinario y Zootecnista, Universidad de la Salle, T.P 47061 | FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Valentina Alonso Ferrer, MEDICA VETERINARIA, U.D.C.A. T.P. 41443 | FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **35.325.202**

DUARTE SANDOVAL
APELLIDOS

ISABELITA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-ENE-1956**
TOPAIPI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-OCT-1977 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500115-47127082-F-0035325202-20040823 85331-0423MA 02 10457 2021

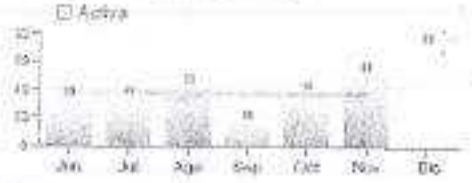
7966445-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No.

MELANNY ALEJANDRA CONTRERAS
CL 16 F NO 99 77 TO 7 AP 1703
110021009
BOGOTA, D.C. - FERROCAJA

10 328 6626 / 23511680





VALOR kWh APLICADO $800,08

CONSUMO DIARIO: 2,63 kWh

VALOR DIARIO: $1.021

PERIODO FACTURADO: 03 NOV 2025 A 03 DIC 2025

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 82 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000010208003
RUTA LECTURA:	1310,000169
MARCHA DE LECTURA:	0000+1510
MEDIDOR (s):	0261180
SUBCLASE:	Otros

DUCCIÓN ATRIPUCOM (kWh)

PROMEDIO EMPUCOM (kWh)









FECHA GENERACIÓN: 27/12/2025 05:17:00
FECHA EXPEDICIÓN: 27/12/2025 19:09:14

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS. CPS 533-7025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC Número de historia clínica: 184

MI: 900255003234800

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Rocky. COLOR: Negro-blanco

ESPECIE: CANINO ____ FELINO X SEXO: HEMBRA ____ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 7 m PESO: 3.8 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ____ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ____ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Dary Bernal Torres

DIRECCION: CL 17C No 139-70

TELEFONO: 3145643806

CEDULA: 39757978

CORREO ELECTRÓNICO: mebaviespinam25@gmail.com

BARRIO: Puente grande ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ____ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLC: 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
	Ninguno	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 Tatiana 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

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

31-OCT-1989 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00074785-F-39757978-20150304 0043074801A 1 1713350103

enel Bogotá

LUZ DARY BERNAL TORRES
CL 17 C NO 134 - 70 MZ I P14
MANZANA I PISO 4 CASA 12
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

4624385-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 274070102-7





INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 2
CARGA KW:
FACTOR:
RUTA REPARTO:
RUTA LECTURA:
MANZANA DE LECTURA:
MEDIDOR NO:
SUBCLASE:

CONTÁCTANOS

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

PUNTOS DE ATENCIÓN ABIERTO

FECHA GENERACIÓN
FECHA EXPEDICIÓN

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: 185 | N°: 900255003234787 | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Caramelo | COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 4m | PESO: 1.7 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X 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: melanieipranm255@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.A | 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: 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	0,25 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	0,02 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: N. Tatiana Suarez, Medico Veterinario y Zootecnista, Universidad de la Salle, T.P 67661 | FIRMA:

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.757.978**
BERNAL TORRES
APELLIDOS
LUZ DARY
NOMBRES





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
REGISTRADOR NACIONAL

enel Bogotá

Para pagos y consultar tu factura en línea ve a

4624385-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3783704501-7

LUZ DARY BERNAL TORRES
CL 17 CNO 134 - 30 MZJ Pt 4
MANZANA J PISO 4 CASA 62
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

16 352 9015 / 168059

Activa

Ene Feb Mar Abr May Jun Jul Ago Sep Oct Nov Dic

VALOR kWh APLICADO $800,00

CONSUMO DIARIO 3,29 kWh

VALOR DIARIO $2.632

PERÍODO FACTURADO: 20 NOV 2025 A 19 DIC 2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 128 kWh

¡Este mes te vamos a subir a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se ajustarán durante la facturación!

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	2,63
RUTA REPARTO	1
RUTA LECTURA	1300218350015
MANZANA DE LECTURA	1316343501B
MEDIDOR NO	MG0661M16
TIPO LASE	Indirecto
	Barra

CONSUMO DE ENERGÍA



CONTÁCTANOS

Regional Bolívar y Cundinamarca: 602 5 185 115

115 Opción 1

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios alternativos de Pago

Efecty Baloto Corresponsales Bancarios Red Efectivo Centros de Servicio Código QR

RED CADE

Almacenes de cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 115

Es este factura usted un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual debe estar sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una sola vez y no debe ser consumido. Ley 142 1994 Art 146.

FECHA GENERACIÓN 20 12 2025 01 16 09

FECHA EXPEDICIÓN 20 12 2025 12 44 13

$57.590

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: 186

MICROCHIP: Expiry Date: 2030/09/02 900255003219168

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Everest

COLOR: Beige café

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Siames EDAD: 10 Meses 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 X MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Hilda Ramon Jaimes

DIRECCION: Cl 17C 134-70

TELEFONO: 3138094758

CEDULA: 52326281

CORREO ELECTRÓNICO: 3138094758@sincorreo.com

BARRIO: Puente Grande ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

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 Junio/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: 20 c/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
	Morfina	0.2 ml	V -
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 preoperatorios.

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 Alonso Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 42041

FIRMA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.326.281
RONDON JAIMES
HILDA


FECHA DE NACIMIENTO 21-AGO-1977
LOS SANTOS
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
12-ENE-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

154

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

Natalia Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: I3 RUTA: I33325

BIMESTRAL

11221832
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42791163316
Número para pagos
Número de esta factura de servicios publicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
RUBEN EDUARDO MORALES

Dirección del predio
CL 17C 134 70 MZ G CA 16

Barrio: PUENTE Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 3
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 aproximada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/27/2026	DIC/22/2025 08:27:20	DIC/22/2025 12:08:02

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.

Pago por Nequi

cadena.

7659 3367 1/2

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): 187 | 900255003234784 | NO (Año) | FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tom | COLOR: Gris- blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO Y | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 3m | PESO: 1.8 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO Y

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Helena Beinal Velez | DIRECCION: Kra 105 N° 19-71 | TELEFONO: 3166128146

CEDULA: 39.757.286 | CORREO ELECTRÓNICO: helen5342001@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: N.A | 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. 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 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	Dr. Felipe Romero Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P 47661	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Alonso Rivero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
39.757.286
BERNAL VELOZA
HELENA


FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-1971
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
1.57
O+
F
14-JUL-1989 FONTIBON

62322

enel Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Cra 11 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0420310-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 3784395333-0

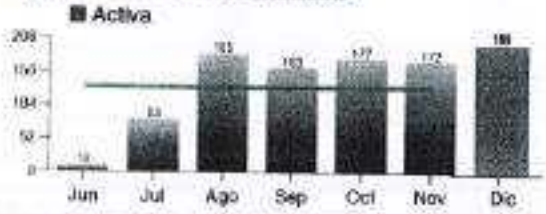
62322

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 $800,00

CONSUMO DIARIO: 6.63 kWh

VALOR DIARIO: $4,787

PERÍODO FACTURADO: 21 NOV/2025 A 20 DIC/2025 | DÍAS FACTURADOS: 30 | CONSUMO MES 199 kWh | CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 102 kWh

Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO presenta una variación. Encuentra las posibles causas y tips de consumo en energía aquí.

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**



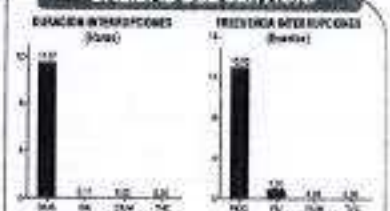
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100051738659323
RUTA LECTURA:	13173100073
MANZANA DE LECTURA:	M9000841055
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

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

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

Registrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Enel Colombia | @EnelClientesCO

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi, Ueppa

Corresponsales Bancarios: CONRED, Baloto, Red Su Red, Efecty, MOVIRED, Punto Red

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-08
CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 30
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 94-38/40 Local 120-124

Línea de servicio al cliente 110

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

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

G: $286,99 T: $63,50 D: $350,84 CV: $78,01 PR: $14,83 R: $39,15 CPI: $8,00 / $400,00 Costo kWh Max

GRUPO: 11 CIRCUITO: 11044202111 --- NIVEL DE TENSION: 1 INCREASE Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercializador de Energía Eléctrica Tarifa 11.34 por rol. Sental autorizaciones según Resolución No. 0537 de 26 de enero 2002. MA (Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1995.

Dentro el corriente 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 ante de la fecha prevista para pago oportuno. Para mayor información comunicarse al (601) 5 115 115 Línea de Bogotá al 01 8000 912 115, y en nuestros Centros de Servicio al Cliente, Operador de red ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

"Dentro el corte de suspensión o posible el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual debe presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

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

En cumplimiento de la resolución CREG 0561 consulte www.enel.com.co

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

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Cargos de Comisión), 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 conceptos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 26/12/2025 02:38:31
FECHA EXPEDICIÓN: 26/12/2025 11:57:12

CUDE: 2b0054184896d013a7b3884a6ed3c1fb2336e642f1998b2295b1391040a996eb7857553241d627d1727364396ec13

Proveedor Tecnológico: Dinagro Tecnología y Servicios S.A.S NIT: 830.511.914-0

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 (HC Número de historia clínica): 188

MICROCHIP: Expiry Date: 2030/09/02 900255003234135

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Yogui

COLOR: Blanco Gris

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 1 Año PESO: 3.7 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 X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Dora Rodriguez Barrera

DIRECCION: Cl 178 111-03

TELEFONO: 3234913256

CEDULA: 52319225

CORREO ELECTRÓNICO: dora3920086@gmail.com

BARRIO: Villa Carmenza ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 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	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

SIGNOS ANORMALES:

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

MVZ TARJETA: Dr. Julio Suárez, Médico Veterinario y Zootecnista, Universidad de la Salle, T.P. 42041 — FIRMA

TARJETA: Valentina Monsa Ferro, MÉDICA VETERINARIA, U.D.C.A. T.P. 41441 — FIRMA

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 52.319.225



Apellidos
RODRIGUEZ BARRERA

Nombres
DORA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.55

Sexo
F

Fecha de nacimiento
04 ENE 1975

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
19 FEB 1993. BOGOTA D.C

Fecha de expiración
18 OCT 2034

Firma

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

.CO

056961265

ICCOL056961265015001<<<<<<<<<<<
7501045F3410185COL52319225<<<0
RODRIGUEZ<BARRERA<<DORA<<<<<<<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

134

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT 899.699.084 - 1

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: S3 RUTA: S33899 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

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

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

Fecha expedición de esta 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

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA RITA GOMEZ LOPEZ

Dirección del predio
CL 17B 111 03

Barrio: VILLA 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 CLUSTER Tipo VOLUMÉTRICO
Serie A18A170253 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

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°: 189 (Número de historia clínica)

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003234140

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chester

COLOR: Amarillo Blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 7 Meses 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 X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ingrid Johanna Barrera Criollo

DIRECCION: Cr 104 B 22F 69

TELEFONO: 3203363481

CEDULA: 1016008996

CORREO ELECTRÓNICO: ingridbarreracriollo1987@gmail.com

BARRIO: La Cabaña

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS: 06-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 TLLC 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	IV.
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 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 padecer preexistencias.

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 Alonso Forero MEDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41449

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.016.008.996
BARRERA CRIOLLO

APELLIDOS
INGRID JOHANNA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 09-DIC-1987
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

03-MAY-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO



0420142-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 376000016-1

CLIENTE

HENRY BARRERA GARCIA
KR 104 B NO 22 F 69
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - LA CABAA A FONTIBON

15 382 0923 / 4111458

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $600,00

CONSUMO DIARIO 12,47 kWh

VALOR DIARIO $9.454

PERIODO FACTURADO 19 DIC/2025 A 18 DIC/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 374 kWh

LECTURA DE TU MEDIDOR Y CONSUMO

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	11,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1
RUTA LECTURA:	1003153129023
MANZANA DE LECTURA:	11153120020
MEDIDOR No:	ME00640275
SUBCLASE:	4111458
	Directa

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Digital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo

Vigencia: NOVIEMBRE

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**



CONTACTANOS

Registrate gratis

App Enel Clientes Colombia

TRÁMITA NUESTRO ASESOR AL CLIENTE

Bogotá, Soacha y Girardot/Ricaurte 601 5 115 115

EMERGENCIAS 115

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

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

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P

ÁREA LIMPIA D.C. DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P

Línea de servicio al cliente 110

En esta factura vas un consejo adicional que debes conocer a un valor no incluido en tarifas ambientales, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 3 meses, por una única vez y no afecta los consumos futuros, conforme a la Ley 142 / 1994 (art 150)

FECHA GENERACIÓN 20/12/2025 01:18:21
FECHA EXPEDICIÓN 22/12/2025 12:11:18

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: 190 (NC Número de Historia Clínica)

MICROCHIP: Expiry Date: 2030/09/02 — 900255003234552

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mesi Ronaldo

COLOR: Blanco negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 8 Meses PESO: 4.9 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: Pedro Naranjo Piñeres

DIRECCION: Cl 20 B bis 100-90

TELEFONO: 3197005329

CEDULA: 91153909

CORREO ELECTRÓNICO: pedronpineres@hotmail.com

BARRIO: Centro Fontibon

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

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: dd/mm/aaaa Nov/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: 143 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.)	0,5 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 con el anestesiólogo.

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

FIRMA:

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

FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 91.153.904

NARANJO PIÑERES

APELLIDOS

PEDRO

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-NOV-1966

GUADALUPE
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-SEP-1986 FLORIDABLANCA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01330415-M-0091153904-20221122 0080922742A 1 9921454097

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

Numero de autorizacion 443139

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: 033358 BIMESTRAL

12508626	17201093311
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
PEDRO NARANJO PIÑERES

Dirección del predio
CL 209 BIS 100 70 PI 3

Barrio: **CENTRO** Localidad: **FONTIBON**

Dirección de correspondencia:

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca BAYLAN Tipo VELOCIMETRO
Serie 12112099 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 05:53:05	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 periodo **consumiste la misma cantidad** que e

Abre y descubre el detalle de tu

Llámanos 116 Acueducto

Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información sobre la factura y realiza tu pago a través de Internet.

cadena.

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 Física): 191

900255003234549

ID: ____ FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Rambo

COLOR: Blanco gris

ESPECIE: CANINO ____ FELINO X SEXO: HEMBRA ____ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 11 m PESO: 2.7 kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ____ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ____ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ____ CASERO ____ 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 Tatiana Hoyos Arevalo

DIRECCIÓN: Kra 110 No. 16 53

TELEFONO: 3153631411

CEDULA: 52486466

CORREO ELECTRÓNICO: Yudy1107@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.A

ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: N.R

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/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. VI. E.

CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 143 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	0,3 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 especificamente 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: Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria Universidad U.D.C.A. M.P. 45036 FIRMA

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

AGENTE SERIAL DEL



A-1500150-00388955-1-0025486806-20120719 0030518299A 1 1113941052

Powered by CamScanner

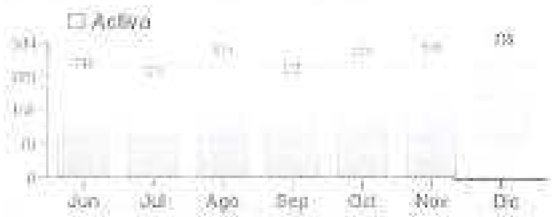
03468

0421569-5

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 976491476-8

CECILIA GUACANEME
KR 110 NO 16 I 53
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - EL CARMEN FONTIBON

17 317 8575 / 4582442



VALOR kWh APLICADO
$800,03

CONSUMO DIARIO:
9,83 kWh

VALOR DIARIO:
$7.547

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

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES
295 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:	7.37
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR NO:	4582442
SUBCLASE:	[illegible]



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca
601 5 115 115

115

Línea de servicio al cliente 110

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

FECHA GENERACIÓN:
26/12/2025 02:37:27
FECHA EXPEDICIÓN:
26/12/2025 18:33:16

03468

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: 192	MI: 900255003234526	FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tass				COLOR: Blanco- naranja	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 17 m	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 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: Sara Jimena Castillo Suarez	DIRECCION: CL 20C No 97-32	TELEFONO: 3006567874	
CEDULA: 1.034 397 611	CORREO ELECTRÓNICO: Jimena.castillo142@gmail.com.		
BARRIO: Centro Fontibon	ESTRATO: 0	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___		
N.A.	10-2025	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/Mayo/2025

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

CLASIFICACION ASA: I (O) 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	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
	Ninguno.	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 existencias previas.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Angela Rocio 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.034.397.611



CASTILLO SUAREZ

SARA JIMENA

COL | 1.65 | F

18 NOV 2004 | B+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

21 NOV 2022, BOGOTA D.C.

22 NOV 2032

I<COLD07732340015001<<<<<<<<<<<
0411181F3211223COL1034397611<8
CASTILLO<SUAREZ<<SARA<JIMENA<<

Bogotá

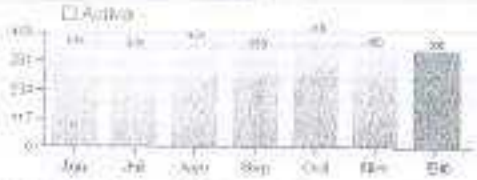
0410109-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 338666999-0

ALEJANDRINO DIAZ MEDELLIN
CL 20 C NO 5T 32 P 1
PISO 1 PQ MT
BOGOTA, D.C. - CENTRO Y CHAPINERO

17 388 8108 / 1096 1104





VALOR KWH APLICADO: $900,00

CONSUMO DEL PERIODO: 13,07 kWh

VALOR CONSUMO: $12.541

PERIODO FACTURADO: 21 NOV 2025 A 20 DIC 2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES ANTERIOR: 280 kWh

¡UNA TECNOLOGÍA NUEVA EN LA LECTURA DE TU MEDIDOR Y EL CONSUMO!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CUPS / SIC:	539
FACTOR:	
RUTA REPARTO:	0004 Sabana
RUTA LECTURA:	0101 0003 01
N MEDIDA DE LECTURA:	No electrónico
MEDICIÓN DE:	Directa
ENCLAVE:	Bavaria





Bogotá, Cobro y Corte Express no: CM 6 126 315

115 PESOS en efectivo



COMPONENTES FACTURADOS - Consulte el detalle del cobro

Vigencia: NOV 2025



En esta factura usted no encontrará el concepto adicional que corresponde a la multa en relación al tiempo transcurrido, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, con una tarifa vez y no afecta los consumos futuros, conforme a la Ley 142 (1994 (art 136).



FECHA GENERACIÓN: 26/12/2025 01:07:37
FECHA EXPEDICIÓN: 26/12/2025 12:01:37

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): 193

MICROCHIP: SI (Número): 900255003231518

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: OREO

COLOR: Blanco / Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 7 M 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 X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Liz Aidee Martinez Juez

DIRECCION: Dg 75A 99 A 30

TELEFONO: 316 5818709

CEDULA: 1022342542

CORREO ELECTRÓNICO: lizaideedb@gmail.com

BARRIO: Subana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 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: 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
	Ampolla	0,2 ml	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,5 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.342.542
MARTINEZ JUEZ
APELLIDOS
LIZ AIDEE
NOMBRES

Liz Aidee Martinez Juez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-DIC-1987
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-ENE-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00129985-F-1022342542-20081119 0006460008A 1 1110035532

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Revisora Fiscal Digital

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 03 RUTA: 033365

BIMESTRAL

11780667	43458546918
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 expedición factura
FEB/11/2026	DIC/03/2025 05:52:11	DIC/03/2025 11:41:57

¡Hola!

Factura a nombre de

JORGE MENA SARMIENTO

Dirección del predio

DG 15A 89A 30 TO 17 AP 204

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: [illegible] Tipo: VELOCIMETRICO
Serie: [illegible] Diámetro pulgadas: ½

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

En este 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 [illegible] la factura y realiza tu pago a través de internet.

35103 165479 81791

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: 194	900255003234548	NO hip	FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tito				COLOR: Atigrado - gris - negro blanco	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 9m	PESO: 3.2 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO Y	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO ___	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: Jessica Paola Trujillo Becerra		DIRECCION: Kra 110 Ab No. 20610	TELEFONO 3006733644.
CEDULA: 1.016.059.560		CORREO ELECTRÓNICO: JessYemily3@outlook.com	
BARRIO: Belen	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: Tecnico. NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N.A	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 12-2025	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: 04/11/2025	LEUCEMIA: dd/mm/aaaa
		RABIA: 04/11/2025	

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

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 (o ligadura/división), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su: ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento y/o exámenes preoperatorios.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Médico Veterinario y Zootecnista Universidad de la Salle T.P. 47151	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Valentina Monsa Forero MÉDICA VETERINARIA U.D.C.A. T.P. 41441	FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.016.059.560
TRUJILLO BECERRA

APELLIDOS
JESSICA PAOLA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 14-SEP-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-SEP-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



A-1500150-01264206-F-1016059560 20120707 0079997201A 1 0540010791

NÚMERO EQUIVALENTE FACTURACIÓN A1

acueducto

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

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: S3 RUTA: S33691

BIMESTRAL

12211115	14534378014
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios publicos

Descargue el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA YOLANDA BELTRAN ESGUERRA

Dirección del predio
KR 110A BIS 20B 10 AP 2

Barrio: BELEN Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

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

Datos de tu medidor
Marca: [illegible] Tipo: [illegible]
Serie: 24-70997 Diametro pulgadas: ½

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

Pago oportuno DIC/26/2025 Suspension DIC/31/2025

Fecha siguiente emisión factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/17/2026	DIC/06/2025 07:03:11	DIC/06/2025 12:03:20

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

Entra a www.acueducto.com.co/factura en Servicios al Ciudadano y ahora información desde primera mano, recibe tu factura y realiza tu pago a través de Internet.

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) 195 — 900255003231046 — NO (Microchip) — FECHA: 15-01-2026.

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Manchas — COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X — SEXO: HEMBRA ___ MACHO X — RAZA: Mestizo — EDAD: 1 A — PESO: 4.3 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 ___ FERIO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Freddy Esteban Hernandez Rodriguez — DIRECCION: Kra 135 No 17-35 — TELEFONO: 3028623060

CEDULA: 1.007.658.206. — CORREO ELECTRÓNICO: hernandezfr09@gmail.com.

BARRIO: Puente Grande — ESTRATO: 3. — LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N.A. — 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/[illegible]/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	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-3mg/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	016 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario y Zootecnista, Universidad de la Salle, T.P. A2061 — FIRMA

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

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.007.658.206



Apellidos
HERNANDEZ RODRIGUEZ

Nombres
FREDDY ESTEBAN

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.75
Sexo: M
Fecha de nacimiento: 05 ENE 2001
G.S.: A+
Lugar de nacimiento
GIRARDOT (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
30 ENE 2019 BOGOTA D.C

Firma

Fecha de expiración
04 ENE 2024

00
637032971

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL037032971215001<<<<<<<<<<
0101055M3401044COL1007658206<0
HERNANDEZ<RODRIGUEZ<<FREDDY<ES

enel | Bogotá

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

51161

7691263-3

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No: 378230909-5

FACTURA

CONSTRUCTORA CAPITAL BOGOTA SAS
KR 135 NO 17 35 TO4 AP 901
KR 135 NO 17 35 TORRE 4 APARTA
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

16 352 7587 / 21602040

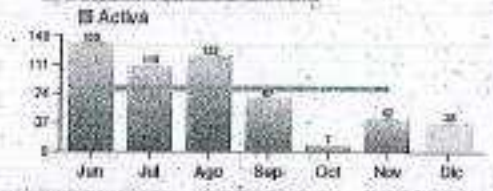
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



COMPORTAMIENTO DE CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $747,31

CONSUMO DIARIO: 1,27 kWh

VALOR DIARIO: $905

PERÍODO FACTURADO: 20 NOV2025 A 19 DIC2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 38 kWh

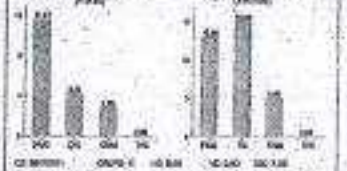
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000016307007
RUTA LECTURA:	13103100000
MANZANA DE LECTURA:	M000041659
MEDIDOR NO:	21602040
SUBCLASE:	Apoyo

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Regístrate gratis

Zona privada de tu página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Soacha y Cundinamarca en 601 5 315 315

115 Gratuito las 24 horas

605 3240505 desconectados@enel.com

Defensoría del Cliente

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

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Oficinas Virtuales

APP Enel Colombia

Internet

Teléfono Banco

Débito Automático

Débito Corriente

APP Enel Colombia Colombia

Botón de pago Online

Botón de Pago Corresponsales

Corresponsales Bancarios

Red Global

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P — DIAGONAL 61A 26

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P — Avenida Boyacá # 6 B - 35

ASEO LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.E. E.S.P. — Calle 129 B # 54 B-58 Local 103-104

Línea de servicio al cliente 110

En esta factura ves un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifa anterior, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 6 meses, por una única vez y no afecta tus consumos futuros, conforme a la Ley 142 y 694 del 1994.

FECHA GENERACIÓN: 20/12/2025 01:17:03
FECHA EXPEDICIÓN: 22/12/2025 14:04:13

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: 196 (Número de HISTORIA CLÍNICA)

MICROCHIP: 900255003219448

FECHA: 15-01-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chapo

COLOR: Blanco - Negro

ESPECIE: CANINO ____ FELINO X SEXO: HEMBRA ____ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 18 Meses PESO: 4.8 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ____ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ____ NO X

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

ORIGEN: NS/NR ____ RESCATADO ____ COMPRADO ____ ADOPTADO X REGALADO ____ FERRO DE CUVORA ____ OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Andrea Teresa Rincon Duarte

DIRECCION: Cl 16F 99-72

TELEFONO: 3112392600

CEDULA: 52823493

CORREO ELECTRONICO: andrea.rincon1.0713@hotmail.com

BARRIO: Fenecaja

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ____ RURAL ____

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ____

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

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa ____ LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ____ RABIA: Sept/2024

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	23 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
	Morfina	0,2 ml.	IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	____ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ____

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quién 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. 45036

FIRMA

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

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.823.493
NUMERO

RINCON DUARTE
APELLIDOS

ANDREA TERESA
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 13-JUL-1979
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.51 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
22-AGO-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

Bogotá

7966445-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 2700[illegible]-2

MELANNY ALEJANDRA CONTRERAS
CL 16 F NO 92 72 TO 7 AP 1201
11001000
BOGOTA, D.C. - FERROCAJA

18 228 6626 / 3781 1600

Factura

VALOR kWh APLICADO 1093.09

CONSUMO CARGO: 245 kWh

VALOR CARGO: $1.021

PERÍODO FACTURADO:	DÍAS FACTURADOS:	CONSUMO MES
22 NOV 2025 A 02 DIC 2025	11	23 kWh



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA (kW):	3.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
VARIANTE DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR NO.	[illegible]
SUBCLASE:	Bajos

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 135 115

115 Bajos de Ortiza

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 115

FECHA GENERACIÓN 27/11/2025 08:11:05
FECHA EXPEDICIÓN 25/10/2025 13:08:14