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°: 01 | MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003223935 | FECHA: 06-02-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Cloe | COLOR: Barcino

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Pitbull | EDAD: 4A | PESO: 23.8 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI X NO

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angie Natalia Montalvo Lopez | DIRECCION: Kr 136 N 158 04 | TELEFONO: 3123842506

CEDULA: 1.007.185.724 | CORREO ELECTRÓNICO: angiemontalvo02@gmail.com.

BARRIO: Casandra | ESTRATO: 2. | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud → parto en Agosto

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: X Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 192 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	2.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	4.6 ml.	5-7mg/kg IV
		2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
	PEN (S.P.B.)	2,4 ml.	20,000 UI/kg IM
POST OPERATORIO	MELOXICAM	0,9 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dra. Annela Marcela Diaz M.P. 45036 | FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Carolina Hernandez 21530 M. Veterinaria | Dra. Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530 | FIRMA TP. 21530

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Natalia Montalvo	1007185724

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Se realiza incision ventral para realizar correccion de sangrado al ingresar por ventral se verifica muñon uterino y ovarios correctamente suturados se puede determinar mala coagulacion o se encuentra en celo

Nombre del responsable/Tutor: Angie Natalia Montalvo Nro. Identificación: 1007185724 FIRMA: Natalia M.

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.185.724
MONTALVO LOPEZ

APELLIDOS
ANGIE NATALIA

FIRMA
Natalia Montalvo.

FECHA DE NACIMIENTO 19-DIC-2002
PACHO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

19-MAR-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01225524-F-1007185724-20210331 0073956301A 2 8501761267

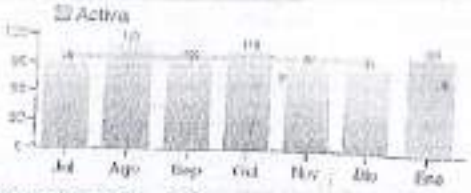
enel Bogotá

1994335-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 2018[illegible]-7

MARIA OFELIA MURILLO R
KR 126 NO 15 B 64
BARRIO CASANDRIA
BOGOTA, D.C. - KASANDRIA

1R 509 0342 / 6536553



VALOR A MI APLICADO
$785,03

CONSUMO DIARIO:
3,41 kWh

VALOR DIARIO:
$1.xxx

PERÍODO FACTURADO:
29 DIC 2025 A 29 ENE 2026

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES
106 kWh



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA KW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR No:	[illegible]
SUBCLASE:	Estrato

Revisa tus cuentas regularmente. Si no reconoces un cobro realiza una forma de solicitud en garantía en enel.com.co/tuboleta y llama al #agente



Bogotá, Cundinamarca 601 6 123 123

115 Gratuito las 24 horas

Línea de servicio al cliente 115

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

[illegible]

Línea de servicio al cliente 115

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo

FECHA GENERACIÓN
29/01/2026 07:50:45
FECHA EXPEDICIÓN
29/01/2026 10:54:10

ALCALDÍA FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA HC - 02 (Número de Historia clínica)	MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003223515	FECHA: 06-02-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nala				COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA: Mestizo	EDAD: 2A	PESO: 15.7 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X			TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO X CONCENTRADO MIXTO OTRO	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mirna Carolina Cabrera Beleño	DIRECCION: Kr 135B # 77F 31		TELEFONO: 3105949740
CEDULA: 1049 567 100	CORREO ELECTRÓNICO: carolina cabrera 3722@gmail.com		
BARRIO: Puente Grande	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. 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:	120	l/m	F. RESPIRATORIA:	23	r/m	TEMPERATURA: 38 °c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.5 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	3.0 mL	5-7mg/kg IV
	/	/ mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.6 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,6 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Carolina Hernandez 21530 M. Veterinaria	Dra. Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530 FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Mirna Carolina Cabrera	1049569100

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

Nombre del responsable/Tenedor: CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.049.567.100
CABRERA BELEÑO

APELLIDOS
MIRNA CAROLINA

NOMBRES

Mirna Carolina

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-SEP-2002
MEJICO
SAN JACINTO DEL CAUCA (BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-OCT-2020 MOSQUERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

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

- El hurto o cualquier daño de medidores, rejillas y tapas.
- Cajas o tapas levantadas o inexistentes.
- Manipulación de cajas, tapas, rejillas, medidores.
- Cualquier otra actividad inusual que observes en la red de acueducto y alcantarillado.
- Taladros o centros de recicladores por parte de personal ajeno a la empresa.

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: S33708

BIMESTRAL

10982838	11127011416
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

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

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

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
FEB/17/2026	DIC/06/2025 07:01:38	DIC/06/2025 11:56:15

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA ZENAIDA BAUTISTA RONDON

Dirección del predio
KR 135B 17F 31

Barrio: PUENTE Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca ITRON DE ACTARIS Tipo VELOCIDAD
Serie A025036508 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. NIT. 860.035.534-9

17981

112026 58000

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 93m³



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

En este período	Promedio al día
73.000	1.197

En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	4373	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	4300	Base promedio	
Tu consumo este periodo	73	Descargue fuente alterna	1
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	IRON DE ACTARIS	Tipo	VELOCIDAD
Serie	A122006303	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

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

Tu cobro en este periodo

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros
$220.004,43		$228.405,37		$25.535-
A		B		C D E F

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

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del periodo (Incluye todos los CARGOS FIJOS del periodo actual)

= **Total a pagar** $422.875

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 034c86e8e4973202e0e9439800317653805fc5f3901ea8f7a6393e8456f0fc6c6f9a8 10d5a53c9cd4145fbf728ac10d80

Detalle de tu consumo este bimestre

	A Acueducto						B Alcantarillado					
	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (Mes)	2,00	$8.786,92	-40	$7.037-	$3.877,37	$11.754,24	2,00	$4.656,03	-40	$3.725-	$2.792,63	$5.587,10
Consumo residencial básico (m³)	44,00	$3.758,03	-40	$66.159-	$2.255,41	$99.238,32	44,00	$4.021,89	-40	$70.707-	$2.413,19	$106.180,56
Consumo residencial básico (m³)	29,00	$3.709,83		$0	$3.759,03	$109.011,87	29,00	$4.021,89		$0	$4.021,89	$116.637,71
Cargo fijo no residencial (Mes)	-						-					
Consumo no residencial (m³)	-						-					
Subtotal				$73.696-		$220.004,43				$74.512-		$228.405,37

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

Tasas ambientales

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$18,00	$84,34
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$819	$2.831

El Mínimo Vital es un beneficio donde la Ciudad de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales. El m³ por otros periodo facturado a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. Acuerdo 756 de 2014.

C Otros conceptos

Concepto	Valor
D-ben. rés. vita total	$22.000-
Intereses de mora	$1.530
Subtotal	25.535-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y taquillas

Para quienes requieren acceso a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE: Consulta disponibilidad y horarios en nuestro punto de servicio más cercano. La CADE es operada por terceros con los siguientes aliados: Popular, Occidente, Bancolombia, Caja Social, BBVA, Davivienda, Av Villas, Bogotá, Sudameris y Occ.

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$422.875

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DE SERVICIO PÚBLICO No.
Señor cajero: Si se ofrecen descuentos o tasas que no estén sobre el valor de vencimiento, no los acepte. (Este pago será válido efectuarse en Bancos y Red CADE, se podrá efectuarse en cualquier lugar del territorio).

17981

112826 55013 2/2

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS
DOCUMENTO AD UNICO DE REGISTRO 1103000 10 848 0SP

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: 03

MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003223429

FECHA: 06-02-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Morita

COLOR: Negro / Blanco

ESPÉCIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 7M PESO: 9 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leibniz Sofia Alexandra Gaitan

DIRECCION: Kr 135 N 77-35

TELEFONO: 3155822415

CEDULA: 1007753166

CORREO ELECTRÓNICO: alexa32gaitan@gmail.com.

BARRIO: Puente Grande ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnologa

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 04/25

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/04/25

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/04/26

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: 120 l/m

F. RESPIRATORIA: 20 r/m

TEMPERATURA: 38 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,9 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,8 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,35 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: Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P : 45036

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Carolina Hernandez 21530 M. Veterinaria — Dra Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530

FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	1007153166.

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

Nombre del responsable/Tenedor: CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



FECHA DE NACIMIENTO 14-DIC-2000

LA VEGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

10-ENE-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.153.166
GAITAN MONCALEANO

APELLIDOS
LEIBNIZ SOFIA ALEXANDRA

NOMBRES

Sofia Gaitan

FIRMA

40551

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **7691444-3**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 381693104-1

40551

CLIENTE

CONSTRUCTORA CAPITAL BOGOTA SAS
KR 135 NO 17 35 TO4 AP 1626
KR 135 NO 17 35 TO 4 APTO 1626
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

16 312 2954 / 21502038

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la **App Enel Colombia** o en nuestro **sitio web enel.com.co.**

Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $733,05

CONSUMO DIARIO: 1,56 kWh

VALOR DIARIO: $974

PERIODO FACTURADO: 20 DIC/2025 A 20 ENE/2026

DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 50 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 51 kWh

Estamos muy cerca de tu **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **COBRO AL** llegando una semana. Consulta días por [illegible] en www.enel.com.co

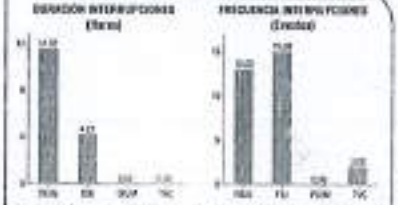
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10003163122954
RUTA LECTURA:	13163100735
MANZANA DE LECTURA:	MS00061918
MEDIDOR NO:	21502038
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA

Revisa tus cables regularmente. Mantenerlos en buen estado es una forma sencilla de asegurar un entorno confiable y libre de riesgos.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
Chat de servicio en
318 880 6000 Elena Bot o opción Asesor
Enel Colombia
@EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DONACIÓN
Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140000 donaciones@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Banco Bogotá, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Nequi, dale!, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONEXRED, efecty, Su Red, Multipagos, Supergiros, Movired, Efecty

Red Distrital

Centros de Servicio: RED CADE, enel

Almacenes de Cadena: Éxito, Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del sistema. El sello del corresponsal no sustituye el recibo oficial de pago.

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

G: $307,35 T: $54,14 D: $237,82 CV: $76,98 PR: $65,70 R: $16,70 CF: $0,00 / $753,69 Costo kWh Mes

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 20
ARCA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-38(B) Local 125-124

Línea de servicio al cliente 110

FECHA GENERACIÓN
23/01/2026 01:09:53
FECHA EXPEDICIÓN
22/01/2026 12:30:15

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.84 por kW. Sistema autoretenedores según Resolución No. 0047 de 05 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1000.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de dicho antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicarse al (601) 5 115 115, línea de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA, S.A. ESP. Tarifas grandes consumidores según resolución No 0001 de 10 de diciembre de 2020.

"Recibí en acto de suspensión proceda al recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual debe ir presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Este factor y/o costo presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG 108/1997 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 108 de 2004, la cual modificó el Código de Medida, se esta trasmitiendo obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, se tendremos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea 601 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, a en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de acuerdo con la norma y la calidad de la fecha de del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Resolución de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como servicio de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjanse a los con ellos 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. 860.063.875-6. Estas regidos por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

CUDE: 1d3f8457d15b9f3d1e1f8f2f62fee97bfd952bee9f82f6fc203f2c5d447e8358d9265c9f3f05c5921f3e0f4f33b4ee8f3e2d75

Impreso por Compañía Nacional de Comunicación SAS NIT 800.096.606-6 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturas - NIT 900.307.121-4 11.369 - Página 1 de 1

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: 04

MICROCHIP: SI Expiry-Date:2030/09/02 900255003223519

FECHA: 2026-Feb-06

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Alaska

COLOR: amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 18M PESO: 20. 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: Eder Luis Jaraba Aguas

DIRECCION: Kr 136 N 77C 04

TELEFONO: 3178166536

CEDULA: 1002048022

CORREO ELECTRÓNICO: ederluisjarabaaguas@gmail.com

BARRIO: Puente Grande ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 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	2 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	4 mL	5-7mg/kg IV
		/ mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,8 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P: 45036

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Carolina Hernandez 2153 M. Veterinaria: ? Dra Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530

FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	1002021802

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.002.048.022

JARABA AGUAS

APELLIDOS

EDER LUIS

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-AGO-1995

ACHI
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

30-SEP-2013 MAJAGUAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

A-1516900-01077798-M-1002048022-20100928 0065647268A 1 1885457295

enel Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

7840136-3

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 38165680-2

MARTHA CECILIA GOMEZ LADINO
KR 136 NO 17 C 04 P1 2
KR 136 NO 17 C 04 PISO 2
BOGOTÁ, D.C. - PUENTE GRANDE

18 351 9008 / 23575213

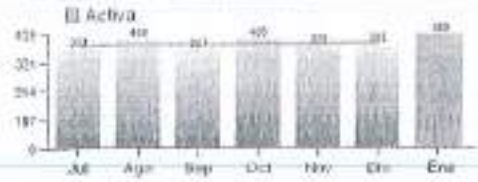
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la **App Enel Colombia** o en nuestro **sitio web enel.com.co.**

Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



HISTORIAL DE CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $705,00

CONSUMO DIARIO: 11,13 kWh

VALOR DIARIO: $8.036

PERÍODO FACTURADO: 20 DIC/2025 A 20 ENE/2026 | DÍAS FACTURADOS: 32 | CONSUMO MES: 620 kWh

¡Este mes tenemos alineados a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y **EL CONSUMO** de energía se encuentra dentro de tu habitual!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	K0803K3515C8
RUTA LECTURA:	K0803L10T17
MANZANA DE LECTURA:	K0803M1036
MEDIDOR NO:	23575213
SUBCLASE:	Básico

USO SEGURO DE ENERGÍA

Evita tus calificaciones. Mantenlos en buen estado es una tarea esencial de asegurar un entorno confiable y libre de riesgos.

CONTÁCTANOS

Registrate gratis

Chat de servicio en línea

App Enel Clientes Colombia

EMERGENCIAS	GERENCIA
115 Disponible las 24 horas	

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 126 115

DERECHOS DEL CLIENTE

https://www.enel.com.co/es/personas/hogares/-clientes.html

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Efectivo

Centros de Servicio

Código QR

Alternativas de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROACTIVA DISTRITAL DISTRITO E.A.S.P.	Pl. 4 No. 54A-20
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Bogotá # 9 D - 30
AGUA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 100 # 57-30 40 Local 103-104

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Complementos del cobro Vigencia: 01/2026

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 01:10:18
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2026 12:40:08

$290.710 + $0 + $22.010 = $312.720

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
05 FEB/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 7840136-3

18 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGÍA ACTIVA	9.687	9.261	426	1	427	439	$186.653	$326.757
ENERGÍA REACTIVA	4.362	4.183	179	1	181	1	$78.999	$3
SUBSIDIO	Consumo subsidiado 120 kWh/mes		Valor kWh $183,0081		Resolución 33 de 2025		$23.980	$39.630

ESTE MES LA ENERGÍA SUE DISPUTATE: TE COSTÓ $39.630 (MENOS)

SUBTOTAL: $290.707

Otros cobros periodo actual

Ajuste a la decena: $3

SUBTOTAL: $3

Otros cobros de productos y servicios

1 TOTAL ENERGÍA $290.710

2 TOTAL OTROS $0

Si no cancela el total de PAGO OPORTUNO para no generar intereses en mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio de energía por falta de pago, pagará en el recibo siguiente el valor facturado en el PAGO OPORTUNO más los intereses moratorios causados por SUSPENSIÓN

Considere que de no realizar el pago de sus obligaciones dentro PAGO OPORTUNO, podría estar en mora, lo cual le podría generar reportes negativos a las bases de información financiera y los por cada factura en la que incurra en mora y no realice el pago.

ESTRATO CLIENTE: Corresponde a Tarifa [illegible] subsidio de 20 %

ASEO

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

ASEO No. 3 NIT 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	70336423	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO	381665488-2	31
PERIODO FACTURADO	15.12.2025 a 10.01.2026	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN

Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
19682	20177	20778	20063	20001	20110

ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$30.930
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-14.676
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-4

DATOS DEL USUARIO

ESTRATO PRODUCIDO: Residencial

VOLUMEN BÁSICO	ESTRATO 3	
PERIODO	ATOC RECOLECCIÓN 3	
% PARTICIPACIÓN EN	ATOC BARRIDO 0	

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS BASE TARIFA

COSTO PUD TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$20.335,29	$6.663,51	$157.722,57

CONSTANTES DE APROVECHAMIENTO

BARRIDO	0.00656518
LIMPIEZA VIARIA	0.00000511
PORCENTAJE DEL APROVECHAMIENTO	0.000011 13
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS	0.01123324
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.03
APORTE NO APROVECHABLE	0.03

MESES ENMORA: 0

3 TOTAL ASEO: $22.010

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

MENSAJES DE INTERÉS

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $0.010,00

NÚMERO DE CLIENTE
7840136-3

Documento Equivalente Electrónico No. 381665488-2

(415)7707209514253(8020)0179401363381665488(3900)000000000312720

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

TOTAL A PAGAR
$312.720

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): 05

MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003223600

FECHA: 06-02-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Natasha | COLOR: amarillo / Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 4 A | PESO: 8.2 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jacqueline Charry Lombana | DIRECCION: Cl 75 N° 736-29 | TELEFONO: 3223716248

CEDULA: 39.760.879 | CORREO ELECTRÓNICO: 3223716248@sincaico.com

BARRIO: Chico | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Enero 26

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 06/1/25.

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 c/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.8 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.6 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN(S.P.B.)	0,8 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,3 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano y/o 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	Dra. Angela Marcela Díaz Médica Veterinaria T.P 21530	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Carolina Hernandez 21530 M. veterinaria	Dra. Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530 FIRMA

FONTIBÓN

E. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Jackeline Cherry Lombana	39760879

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 39.760.879
CHARRY LOMBANA
JACQUELINE
COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 16-AGO-1969
PULI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
04-JUN-1991 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

FACTURA EN LÍNEA

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



vanti

Agenda y certifica tu **Revisión Periódica Obligatoria de gas** antes del **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 20/12/2025 y 18/01/2026. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Puedes ingresar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC. Ver Tyc en www.grupovanti.com/RPO

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Banco de Bogotá · Banco de Occidente · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Plata · Grupo Aval · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

CANAL DE SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830066812-8 Tasa de cobro Vanti

¡Hola!

NUBIA ESPERANZA VENEGAS
CL 15 136 29 02 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007119-3585235

Lote: P16GN **Ruta:** 0011840123691005100 **Código del Sector:** 437

Cuenta o referencia de pago **62893589**

vanti Listo

Compra tu estufa, calentador o gasodoméstico y paga hasta en cuatro meses, y sin cuotas a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

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 7a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8171
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

Recuerda que puedes abrir tu canal de denuncias para reportar [illegible]

437 0011840123691005100 72262 C1

Factura de gas

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago 62893589

BOGOTÁ

NIT: 899.097.813-4
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de ayudar

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1. Pago oportuno: 10 Feb. 2026
2. Fecha de suspensión: 11 Feb. 2026
3. Periodo facturado: Dic. - Ene. 2025
4. Emisión de tu factura: 26 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	18UN	2.899,74	0,00	52.195,32
MENOS SUBSIDIO (32%)	1UN	-16.885,19	0,00	-16.885,19
AJUSTE DECENA	1UN	-1,34	0,00	-1,34
RECAUDO TERCEROS Cooseguro Prote.	0	70.000,00	0,00	70.000,00
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	26.794,00	0,00	26.794,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	158.170,03	0,00	158.170,03

1 — Total $290.272,82

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.78 % V-Movilidad Vanti	2/34	200.207,18	158.170,03	200.207,18

2 — Total $200.207,18

3 — Valor facturas vencidas

$0,00

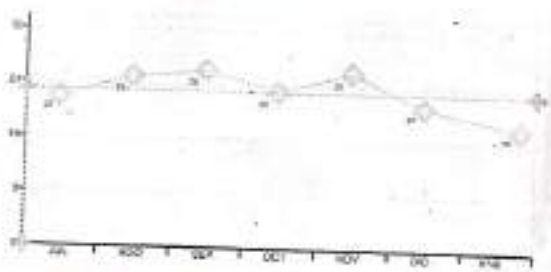
Total a pagar 1 + 2 + 3

$490.480,0

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat.Dos — Días de consumo 33

Fecha	Lectura	Tipo
20 Dic. 2025	1827	REAL
21 Ene. 2026	1850	REAL

m³ corregidos 1850 - 1827 * Factor de corrección = 18

Tu próxima lectura será

Entre 16 y el 21 de Febrero

Novedades de tu factura

CbVo $ 3543.69

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ene. 2030

La revisión de la instalación interna en la Misma Propiedad y debe realizarse en las fechas establecidas en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2013 y 41365 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2544.

Oct. $2748 Nov. $2742 Dic. $2571

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

Componentes tarifarios

Gm: 1305.32 Tm: 549.01 Cm: 594.74 Cm: 0.0
Pl: 64.32 Gm: 0.0 Cu/m: 0.0 Cu/m: 0.0
Cm: 0.0 Pj/m: 42.473 DA/R: 0.0 DA/NR: 0.0

MJ/m³Te consume als m³ de gas equivale: 2.2
kWh y el precio unitario del kWh es: $1166.557

Factor de corrección

Vm: 22 Km: 0.79067 Pb: 1.00000 Pc: 0.77179
Vc: 18 - Tm: 13.00 Te: 15.56 Pz: 1.01696
Pb: 0.751 Pm: 0.0234 Pf pvi: 1.0

Factor de corrección: 0.77175

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DDS: 0.0 Xb: 100.0 IPC: 100.0



(415)7709998026025(8020)62893589(3900)0000000490480

Factura No. #1587558298 72262 C1

ALCALDÍA FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC: Número de historia clínica: 06

MICROCHIP: SI Num. Expiry-Date: 2030/09/02 900255003223122

FECHA: 06-02-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Candy

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA Samoyedo EDAD 7 M

PESO: 2.7 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 X CONCENTRADO ___ MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Sofia Gonzalez Rivera

DIRECCION: Kr 116 A N° 15 C 70

TELEFONO: 3227206556

CEDULA: 1.000003675

CORREO ELECTRÓNICO: lau gonzalez 2376 @ gmail com.

BARRIO: El Tintal ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa Enero/26

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 25/10/25

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m F. RESPIRATORIA: 33 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.1 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	9.2 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.9 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	Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Carolina Hernandez 2153 M. Veterinaria / Dra. Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530	FIRMA

FUSAGASUGÁ | FONTIBÓN

B. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenador o responsable del paciente, AUTORIZO al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	1000003675

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.000.003.675**

GONZALEZ RIVERA

APELLIDOS

LAURA SOFIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-OCT-2002**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

23-DIC-2020 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01193187-F-1000003675-20201224 0072942000A 1 8501218419

enel | Bogotá

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

Para pagar o consultar su recibo de cobro en:

6928608-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 381003869

CLIENTE

CONSTRUCTORA LAS GALIAS SA
KR 116 A NO 15 C 70 TO2 AP 1402
TORRE 2 APARTAMENTO 1402
BOGOTA; D.C. - EL TINTAL

16 321 0360 / 19569

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

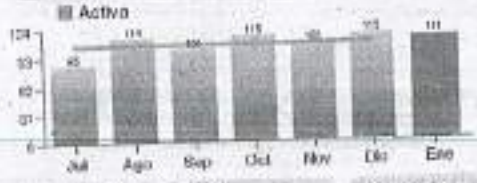
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la App Enel Colombia o en nuestro sitio web enel.com.co.

Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $765,08

CONSUMO DIARIO 3,47 kWh

VALOR DIARIO $2.370

PERÍODO FACTURADO: 20 DIC 2025 A 20 ENE 2026

DÍAS FACTURADOS: 32

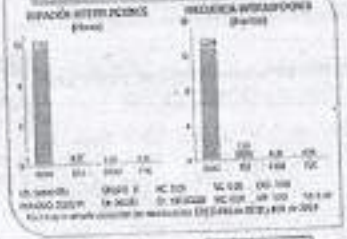
CONSUMO MES 111 kWh

Este mes te invitamos a leer la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía de manera diferente

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	4,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	600001602818368
RUTA LECTURA:	1316388843A
MANZANA DE LECTURA:	MS10919HA8
MEDIDOR NO:	19569
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 8 126 115

115

https://www.enel.com.co/es/personas/soporte-y-atencion.html

LÍNEA SEGURA DE ENERGÍA

Evita tus cables reglamentarios recomendados en buen estado es una forma sencilla de asegurar un entorno confiable y libre de riesgos.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Física

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S.E.S.P. – TV 4 No. 69A-65

CALIDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. – Avenida Boyacá # 6-8 - 23

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. – Calle 163 # 54-33 80 Local 427 429

Línea de servicio al cliente 116

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del cobro: – Siguiente: DIC/2025

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 01:02:48
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2026 12:04:12

$74.070 + $0 + $31.430 = $105.500

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
05 FEB/2026

ENERGÍA

6928608-9

18 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $74.073

Otros cobros periódicos y consumos

Ajustes a la decena $-3

SUBTOTAL: $-3

Otros cobros de periodos y servicios

1 TOTAL ENERGÍA $74.070

2 TOTAL OTROS $0

ASEO

Ciudad Limpia

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

NIC No: 3

NIT: 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA COBRO	12438565	No. MEDIDOR
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.	381695368-0	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.12.2025 a 18.01.2026	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN

Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
28302	28810	29908	28647	29833	29214

ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$26.509
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-5.647
ASEO - AJUSTE A LA DECENA ORD	$-1

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTO: Residencial

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA ASEO

COSTO FIJO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$20.335,29	$7.151,43	$157.722,57

COMPONENTES DE APROVECHA

BARRIDO	0.00296516
LIMPIEZA URBANA	0.00088811
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO	0.00001113
ORGANICOS APROVECHADOS	0.00123324
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.04
APROVECHADO APROVECHABLE	0.00

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO: $31.430

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

MENSAJES DE INTERÉS

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $1.430,00

NÚMERO DE CUENTE
6928608-9

Documento Equivalente Electrónico No.
381695368-0

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

TOTAL A PAGAR
$105.500

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA NC - Número de Historia Clínica: 07

MICROCHIP: Expiry Date: 2030/09/02 900255003223933

FECHA: 06-02-26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Muñeca

COLOR: amarillo / negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: mestizo EDAD: 5M PESO: 8.5 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

DURANTE LA VACORACION 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: José Eduardo Cortes Cuellar

DIRECCION: Kr 136A N° 77 D 59

TELEFONO: 3193303678

CEDULA: 5.688.753

CORREO ELECTRÓNICO: josecortes9377@gmail.com

BARRIO: Puente Grande

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Enero/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:	l/m	F. RESPIRATORIA:	r/m	TEMPERATURA:	°c	TLLC	seg	MUCOSAS:
110		23		38		1		Rosas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.7 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.7 mL	5-7mg/kg IV
		/ mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,9 mL	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,35 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. Dra. Angie Marcela Diaz

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Médica Veterinaria T.P: 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Carolina Hernandez 21530 M. Veterinaria — Dra. Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530	FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de identificación:
	5688153

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

Nombre del responsable/Tenedor: CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.668.153
CORZO CARREÑO

APELLIDOS
JOSE EDUARDO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-DIC-1957
MOGOTES
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

03 MAR-1978 MOGOTES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

enel Bogotá

4469899-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 39700000-5

CLIENTE

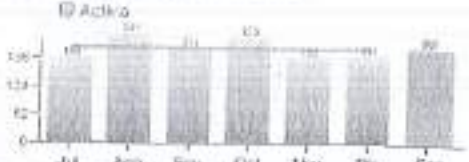
MARIA MATILDE RIVERA DE TORRES
KR 135 A NO 17 B 59 PI 2 Y 3
FACHADA
BOGOTA, D.C. - FUENTE GRANDE

19 301 8053 / 109254



COMPORTAMIENTO DE CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $799,09

CONSUMO DIARIO: 6,47 kWh

VALOR DIARIO: $5.168

PERÍODO FACTURADO: 25 DIC/2025 A 29 ENE/2026

DÍAS FACTURADOS: 32

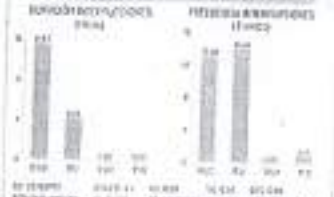
CONSUMO MES: 207 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	0,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000316318693
RUTA LECTURA:	1310319400
MANZANA DE LECTURA:	6800841037
MEDIDOR NO:	109254
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115

115

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROACAMBIENTAL DISTRITO S.A. E.S.P. — TV 4 No. 51A-20

CACHO LIMPIO BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Ciudad de Cali No. 72

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 80 B No. 54 B-310, Local 103-104

Línea de servicio al Cliente 115

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Oficinas Virtuales

Corresponsales Bancarios

Red Efectivo

Centros de Servicio

Código QR

Aliados en Cadena

COMPONENTES TASA AÑOS | Cuota corriente del cobro: | Proyección DIC 2025

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 01:05:51
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2026 11:11:15

ALCALDÍA DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 08	MICROCHIP: 900255003223428	FECHA: 06 - 02 - 2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bonnie				COLOR: Blanco - Negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA: pincher	EDAD: 2A	PESO: 3,2 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X
DURANTE LA VACIACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X			TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO CONCENTRADO X MIXTO OTRO	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Guillermo Bohorquez Martinez		DIRECCION: Cl 15 134A 23	TELEFONO 3132801105
CEDULA: 79129374		CORREO ELECTRÓNICO: 3132801105@sincorreo.com.	
BARRIO: Kasandra	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X
07/2025	N.R	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. 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: 120 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	0,6 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P : 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Carolina Hernandez 2153 M. Veterinaria Dra. Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530	FIRMA T.P. 21530

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Guillermo Bohorquez M.	79129379

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

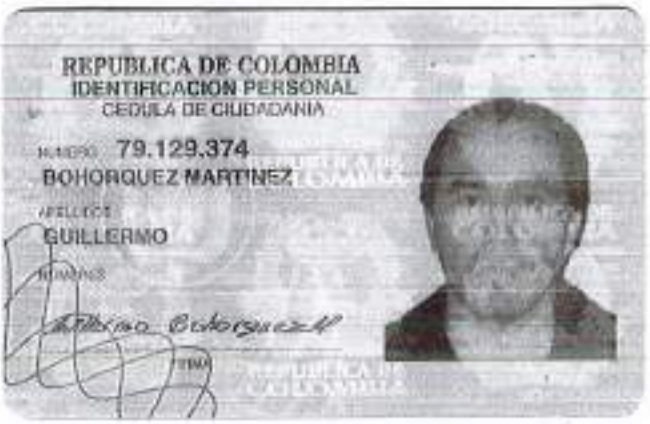
AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.129.374
BOHORQUEZ MARTINEZ

APELLIDOS
GUILLERMO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-1966
LA MESA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
06-MAR-1985 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

enel | Bogotá

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

Para pagos y consultas ingresa a nuestra sucursal en: **1068619-7**

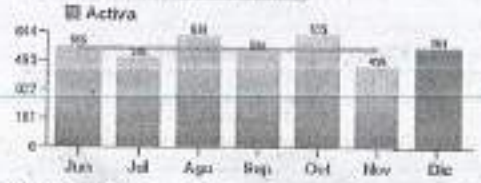
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3782751174-6

GUILLERMO BOHORQUEZ MARTINEZ
CL 15 NO 134 A 23
BOGOTA, D.C. - KASANDRA

16 309 9560 / 25017056

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $803,89

CONSUMO DIARIO: 18,70 kWh

VALOR DIARIO: $13.584

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

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 561 kWh

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



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100031609560
RUTA LECTURA:	1316310284
MANZANA DE LECTURA:	U0306503278
MEDIDOR No:	25017056
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registrate gratis

Línea gratuita de la página Web

App Enel Clientes Colombia

SALA DE SERVICIOS AL CLIENTE	LÍNEA NACIONAL	EMERGENCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 116 116	115 Opción No 24 horas	601 6140000

CORRESPONDENCIA

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

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Bancos, Internet, Teléfono fijo, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Corporativo, Botón de Pago Personalizado

Billeteras Virtuales: Nequi

Corresponsales Bancarios: Efecty, Tricolor

Red Dividendo: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. Cl 6 No. 9A-24

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

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 58 B 60 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 116

COMPONENTES TARIFARIOS (Componentes del costo)

Periodo: NOV-2025

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 6 meses, por una única vez y no afecta los consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art 146).

FECHA GENERACIÓN: 22/12/2025 01:01:52
FECHA EXPEDICIÓN: 22/12/2025 13:32:10

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de energía eléctrica dentro de la zona del mismo nombre, ubicada en el departamento de Cundinamarca, en el Distrito Capital de Bogotá y en algunos municipios de los departamentos de Boyacá, Meta y Tolima, en virtud de la concesión otorgada mediante el Contrato de Concesión No. 001 de 1997 y sus modificaciones, suscrito con la Empresa de Energía de Bogotá S.A. E.S.P. y la Empresa de Energía del Pacífico S.A. E.S.P. Para mayor información consulte nuestra página web www.enel.com.co o comuníquese a nuestra línea de atención 601 6 116 116 en Bogotá y Cundinamarca y 115 a nivel nacional.

$410.010 + $0 + $80.440 = $490.450

PAGO OPORTUNO
07 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
09 ENE/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 1068619-7

PERIODO FACTURADO: 20 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGÍA ACTIVA(P)	15.888	15.537	351	1	384	365	$820,88	$318,619
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$234,04	$0
SUBSIDIO	Consumo subsidiado 100 kWh/Mes X		Valor kWh $300,8852	X	Descuento: 39,44 %			$82,824

ESTE ES EL CONSUMO QUE DISPARA EL COSTO DE LOS SUBSIDIOS

SUBTOTAL: $407.822

Otros cobros asociados a energía

MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$2.420
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-232
SUBTOTAL:	$2.188

Otros cobros de productos y servicios

(1) TOTAL ENERGÍA: $410.010

(2) TOTAL OTROS: $0

(1) Con el pago de hasta el PAGO OPORTUNO para la (parte variable) de esta y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con las cifras publicadas en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $80.883

Advertimos que de no cubrir el pago en sus obligaciones. Dentro PAGO OPORTUNO, exacerbación en mora, sólo la cual no habrá reportes negativos a las bases de información financiera y sobre los cuales no adelantaremos ninguna acción de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 - 130 kWh/mes) es de: 39,44 %

ASEO

Ciudad Limpia

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

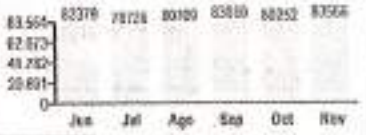
ASEO: 3

NIT: 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	11285990	MES FACTURADO
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	378275174-6	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.11.2025 a 18.12.2025	

HISTÓRICO DE CONSUMO ASEO



DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0.0000 ESTRATO: 2

DIMENSIÓN: FREC. RECOLECCIÓN: 3

% PARTICIPACIÓN: 0% FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	4	0
No residenciales	0	0

COSTO DE LA PRESTACIÓN

COSTO EFICIENTE TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$72.369,91	$25.527,41	$154.680,88

CONSIGNADOS POR SUBCUENTAS

BARRIDO:	0.00249426
LIMPIEZA URBANA:	0.00135599
RECHAZO NO APROVECHAMIENTO	0.00001407
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.99663574
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
APOYO NO APROVECHABLE	0.00

DATOS SECUNDARIOS

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$134.067
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$ 53.627

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO: $80.440

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

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $8.440,00

NÚMERO DE CLIENTE
1068619-7

Documento Equivalente Electrónico No.
378275174-6

(415)7707209914253(8020)(01)0061107370275174(3900)000000490450

PAGO OPORTUNO
07 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$490.450

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): 09

MICROCHIP: 900255003223938

FECHA: 06-01-26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Candy

COLOR: Negro - cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Pincher EDAD: 2A PESO: 1.8 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: Nicol Sofia Garcia

DIRECCION: cl 17c #135-51

TELEFONO: 3203291278

CEDULA: 1.016.010.077

CORREO ELECTRÓNICO: nicolaluarez2687@gmail.com

BARRIO: Puente grande ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 07-01-2026

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: 01/Abril/26

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 X II. III. IV. V. VI. E. CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 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	0.1 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.3 ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 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: Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P: 45036 FIRMA: ___

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Carolina Hernandez 21530 M. Veterinaria / Dra. Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530 FIRMA: TP 21530

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Nicol Garcia.	1016010077

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP **1.016.010.077**

Apellidos
GARCIA ALVAREZ

Nombres
NICOL SOFIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.70

Sexo
F

Fecha de nacimiento
09 JUN 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
12 JUN 2024, BOGOTA D.C.

Firma
Nicol Garcia.

Fecha de expiración
12 JUN 2034

.00

04819170 4

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0481917048150 01<<<<<<<<<<
0606099F3406120COL1016010077<4
GARCIA<ALVAREZ<<NICOL<SOFIA<<<

enel | Bogotá

Para pagar y consultar tu factura ingresa en Cuenta en línea

7586341-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3017161139-3

CLIENTE

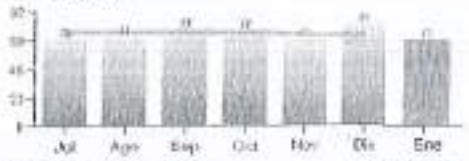
YESDY MILENA ALVAREZ
CL 17 C NO 135 51 TO 3 AP 317
CALLE 17C NO 135 51 TORRE 3
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

16 253 8485 / 21256479

Descarga tu factura virtual y Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $705,05

CONSUMO DIARIO: 2,22 kWh

VALOR DIARIO: $1.562

PERÍODO FACTURADO: 20 DIC 2025 A 20 ENE 2026

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 71 kWh

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

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la App Enel Colombia o en nuestro sitio web enel.com.co.

Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	108018220015S
RUTA LECTURA:	1218180120
FRANJAS DE LECTURA:	MS0054810
MEDIDOR No:	21256479
SUBCLASE:	Física

CALIDAD DEL SERVICIO



USO SEGURO DE ENERGÍA

Revisa tus cables regularmente. Mantenerlos en buen estado es una forma sencilla de asegurar un entorno confiable y libre de riesgos.

CONTÁCTANOS

Registro Usuarios

Chat en servicios

Línea de servicio de la página Web

Oficinas | Establecimientos

App Enel Clientes Colombia

CANALES DE ATENCIÓN AL CLIENTE	TELÉFONOS	EN LA PÁGINA
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Línea de atención las 24 horas	WEB SERVICES

Defensor del Cliente

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billeteras Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Natural

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROACTIVA AMBIENTAL DISTRITO S.A.E.S.P. — TV 4 No. 54A-05

CALIDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 6-83 - 20

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.E. S.P. — Calle 63B # 64-30 (B) Local 153-154

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS (Componentes del costo) — Vigencia: DIC/2025

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 01:10:00
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2026 11:47:12

$44.239 + $554.195 + $24.710 = $623.140

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
05 FEB/2026

ENERGÍA — CUENTA CONTRATO 7586341-9 — 18 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBSIDIO

SUBTOTAL: $44.239

Otros cobros de productos y servicios

Tel. Civic Transmilenio $234.067
Tarjeta Credito Avianca $319.128

1 TOTAL ENERGÍA $44.239

2 TOTAL OTROS $554.195

ESTIMADO CLIENTE

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

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO 70280084 — No. APARTADOS 31

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 381710179-3

PERIODO DE FACTURACIÓN 18.12.2025 a 16.01.2026

	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
	22977	23557	27515	24699	27120	22398

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

USUARIOS	Cogidos	Entregados
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTO FIJO TOTAL	$20.338,29
COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	$7.161,43
VALOR BASE APROVECHABLE	$157.732,57

BARRIDO	0.00056516
LIMPIEZA URBANA	0.00008811
REDUCTO DEL APROVECHAMIENTO	0.00091113
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS	0.00010009
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.04
APORTE NO APROVECHABLE	0.00

ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$39.676
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-4.368
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-4
ASEO - INTERES POR MORA	$4

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO $24.710

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

MENSAJES DE INTERÉS

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $4.710,00

NÚMERO DE CUENTE
7586341-9

Documento Equivalente Electrónico No.
381710179-3

(415)7707209916859(8020)0175863410381710179(3900)000000623140

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

TOTAL A PAGAR
$623.140

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZA [illegible] CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 10

MICROCHIP: 900255003223139 Número de microchip

FECHA: 06 - 02 - 2025

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Consentida

COLOR: Arena

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: pincher EDAD: 3A PESO: 3.2 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Clara Virginia Rodriguez

DIRECCION: cl 17c #136 -10

TELEFONO: 3224120537

CEDULA: 52.322.529

CORREO ELECTRÓNICO: cbritarodriguez31@gmail.com

BARRIO: Florencia ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: 4 primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 07/2025

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 07 / 2025

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: 08/2025

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 110 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 ºc TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.6 ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P : 45036

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Carolina Hernandez 21530 M. Veterinaria — Dra Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530

FIRMA — TP 21530

FONTIBÓN

E. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Clara R-S-	52.322529

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.322.529
RODRIGUEZ SIERRA
APELLIDOS
CLARA VIRGINIA
NOMBRES

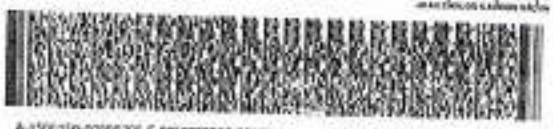
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-1975
RAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-JUN-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO



A-1500150-52322529-F-0052322529-20160617 00408 BOGOTA 1 17141100

Por favor dobla y rasga para abrir la factura



Escanea el código QR, escribe en el formulario y envíalo a nuestro 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 tenerla.

Tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de una o varias viviendas contenida en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Banco de Occidente · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davipuesto · Dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A. NIT. 800.058.828-8

Por favor dob...

¡Hola!

CLARA VIRGINIA RODRIGUEZ
CL 17C 136 10 00001 - FLORENCIA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077101-1082997

Lote: P16CN **Ruta:** 001184005540005100 **Código del Sector:** 434

Cuenta o referencia de pago **61885604**

vanti Listo

Compra televisores, calentador o gas, moto y muchos más, y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

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



vanti Listo

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

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

ALKOSTO · KTRONIX · exito

Publicidad exenta de IVA (E.S.P. Decreto Distrital 0654 de 2011 y Decreto Distrital 0235 de 2012)

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

Recuerda que puedes elegir nuestros canales de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

Para uso exclusivo de Vanti S.A. E.S.P. Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización.

...la y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago: 61885604

BOGOTA

NIT: 800.007.813-3
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 14 Ene. 2026

2 — Fecha de suspensión: 15 Ene. 2026

3 — Periodo facturado: Nov. - Dic. 2025

4 — Emisión de tu factura: 24 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	20M3	2.570,50	0,00	51.410,00
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	2.934,15	0,00	58.683,00
MENOS SUBSIDIO (33%)	1 UN	-19.482,76	0,00	-19.482,76
AJUSTE DECENA	1 UN	0,24	0,00	0,24

1 — Total $90.610,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

3 — Valor facturas vencidas

$0,00

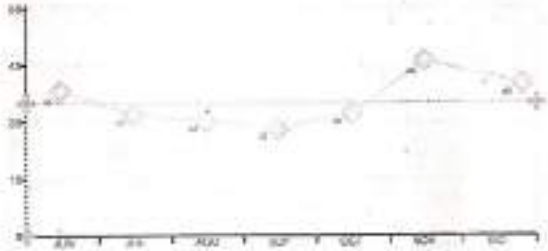
Total a pagar 1 + 2 + 3

$90.610,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Dos | Días de consumo: 31

Fecha	Lectura	Tipo
21 Nov. 2025	2399	REAL
21 Dic. 2025	2451	REAL

m³ consumo= 2451 - 2399 * Factor de corrección = 40

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

Novedades de tu factura

Cuota $ 2570.50

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

(415)7709998026025(8020)61885604(3900)0000000090610

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Ene. 2027

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 40 281 de 2017

Agenda yo tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1334.70 Tm: Gac 0.7 Dm: 583.11 Cm: 0.0
p: 65.00 Cvm: 0.0 Cvfm: 0.0 Cvvm: 0.0
Cvm: 6.0 Fcorr: 40.512 DAUF: 0.0 DAUNF: 0.0

kBtu/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 472
kWh y el precio unitario del kWh es: $191.871

Factor de corrección

Vm: 39 Kv: 0.76700 Ki: 1.00004 Pb: 0.77053
Vc: 40 Tm: 13.74 Tc: 15.56 Pz: 1.01666
Pa: 0.752 Fm: 0.9733 F pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77053

Indicadores de calidad

PST: 189.0 UCS: 0.0 Cl: 100.0 pH: 100.0



63992

C1

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: HC - Número de Historia Clínica: 11

MIC: 900255003223137

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Donna | COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA mestizo | EDAD 1 A | PESO 21 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Wilson Jose Galindo Perez | DIRECCION: CL 17 Dbis N. 135 A 09 | TELEFONO: 3118441297

CEDULA: 74329.674 | CORREO ELECTRÓNICO: wilsongalindo951@gmail.com

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

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 01-2026

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa | PENTAVALENTE: dd/08/2025

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa | PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/08/2025

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 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	2.1 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	4.2 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2,1 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,8 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Angela Daniela Díaz Médica Veterinaria T.P 21530
FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Carolina Hernandez 21530 M. Veterinaria Dra Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530
FIRMA	

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

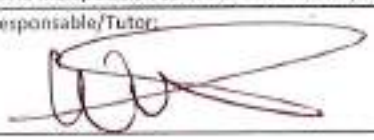
Además, soy consciente y **ACEPTO** __X___ o **RECHAZO**_____ la declinación de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	74329674

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
74.329.674
NUMERO
GALINDO PEREZ
APELLIDOS
WILSON JOSE
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 22-MAR-1980
UMBITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
12-MAY-1998 UMBITA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
A-1500109-45127621-M-0074329674-20050729
01771 05210A 02 154520671

enel | Bogotá

1684132-3

JULIO CRIAO
CL 17 D BIS NO 136 A 09
PISO 1
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la App Enel Colombia o en nuestro sitio web enel.com.co.

Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



CONSUMO FACTURADO

Activa

VALOR kWh APLICADO

CONSUMO DIARIO

VALOR DIARIO

PERÍODO FACTURADO
20 DIC 2025 A 20 ENE 2026

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES
234 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 2
CARGA kW: 3.00
FACTOR: 1
RUTA REPARTO:
RUTA LECTURA:
MANZANA DE LECTURA:
MEDIDOR NO:
SUBCLASE: Estrato

UNO MENOS DE ENERGÍA

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Zipacón
601 6 15 115

115

COMPONENTES TARIFARIOS / Cargos por los que cobramos:

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 115

FECHA GENERACIÓN:
23/01/2026 00:58:02
FECHA EXPEDICIÓN:
23/01/2026 11:01:15

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 12

MP: 900255003223127

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: EES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nuepta

COLOR: cafe-blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: mestizo EDAD: 1 A PESO: 4.6 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 Juliana Santiago Morales

DIRECCION: CL AC N. 136-62

TELEFONO: 3227387547

CEDULA: 1.000.519244

CORREO ELECTRÓNICO: Sabesa2909@gmail.com.

BARRIO: Puente grande

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL ___

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 06-2025

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA		F. RESPIRATORIA		TEMPERATURA		TLLC		MUCOSAS
170	l/m	43	r/m	38	°c	1	seg	Rosas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.9 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 ml.	1mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ———

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P. [illegible]	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Carolina Hernandez 2153 M. Veterinaria / Dra. Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530	FIRMA TP 21530

FONTIBON

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Laura	CC 1000519244

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.000.519.244

Apellidos
SANTIAGO MORALES

Nombres
LAURA LUZIANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
23 DIC 2002

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
09 FEB 2021, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
23 DIC 2032


IDCOL1137106501500l<<<<<<<<<<
0212230F3212286COL1000519244<7
SANTIAGO<MORALES<<LAURA<LUZIAN

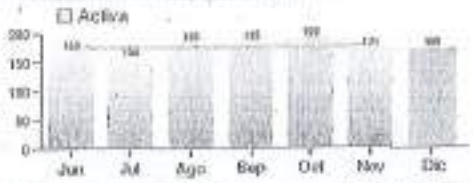
enel Bogotá

2101772-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 378218087-7

JULIO A RAMOS MEDINA
CL 17 C NO 136 62 AP 501
PRADOS DE LA ALAMEDA
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

NIS 351 9281 / 19348467



SALDO NO APLICADO $100,00

CONSUMO DIARIO: 5,00 kWh

VALOR DIARIO: $3.149

PERÍODO FACTURADO: 30 NOVIEMBRE A 19 DICIEMBRE

DÍAS FACTURADOS: 30

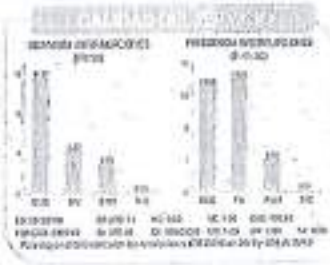
CONSUMO MES: 168 kWh



Este mes tuvimos acceso a la lectura de tu suministro y el consumo de energía es:

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000010351031
RUTA LECTURA:	1210321187H
LIBRANZA DE LECTURA:	45100841005
MEDIDOR NO:	19348467
SUBCLASE:	Directa



CONTACTANOS

Bogotá: Estrato y Dos Fronteras 601 5 115 115

115 Desde tu celular

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P.	KR 4 No 54A-05
CODELI LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 1-00 - 09
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 134 # 91 - 20 Local 123 - 124

Línea de servicio al cliente 110

FORMAS DE PAGO DE LA FACTURA

Medios virtuales de Pago

Puntos Físicos

Corresponsales Bancarios

Red Efecty

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo — Vigencia: NOVIEMBRE

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

FECHA GENERACIÓN: 20/12/2025 01:07:13
FECHA EXPEDICIÓN: 20/12/2025 14:07:10

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: 13

900255003223123

NO: consecutivo

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sasha

COLOR: Negro - fuego

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA X MACHO RAZA: mestizo EDAD: 6m PESO: 7-7 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 X REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Liceth Valentina Barrero Betancourt

DIRECCION: CL 177 No 137 A07

TELEFONO: 3138285215

CEDULA: 1.070.586.807

CORREO ELECTRÓNICO: licethbarrero@gmail.com

BARRIO: Charco rural ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR:

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: 06-11-2025

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 170 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	0.7 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.5 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,8 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,3 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P: 45036

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Carolina Hernandez 2153 M. Veterinaria / Dra. Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530

FIRMA TP 21530

FONTIBÓN

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	1070586809

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.070.586.807



Apellidos
BARRERO BETANCOURT

Nombres
LICETH VALENTINA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.63	F

Fecha de nacimiento
21 OCT 2004

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
GIRARDOT (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
31 OCT 2022, UBATE

Firma

Fecha de expiración
01 AGO 2034

.CO

0518152O4

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0518152048153O4<<<<<<<<<<<
0410210F3408010COL1070586807<1
BARRERO<BETANCOURT<<LICETH<VAL

enel Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2713352-1**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 381603036-6

CLIENTE

JOSE RAMIRO ESTEPA MASMELA
CL 17 F NO 137 A 07
AGAMEDA
BOGOTA, D.C. - CHARCO RURAL

16 351 8810 / 1833513

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

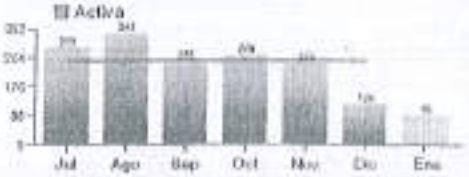
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la App Enel Colombia o en nuestro sitio web enel.com.co.

Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $785,00

CONSUMO DIARIO 3,00 kWh

VALOR DIARIO $1.410

PERÍODO FACTURADO: 09 DIC/2025 A 23 ENE/2026

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 96 kWh

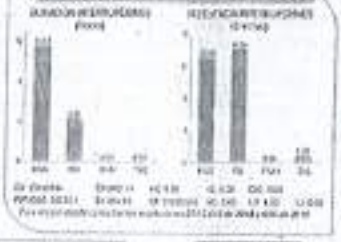
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,10
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100301635180S0
RUTA LECTURA:	13163195007
MANZANA DE LECTURA:	M0135402G
MEDIDOR NO:	003343
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA

Revisa tus cables regularmente. Mantenerlos en buen estado es una forma sencilla de asegurar un entorno confiable y libre de riesgos.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registrate gratis

Entra a la página Web

App Enel Clientes Colombia

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

EMERGENCIAS: 115

SEGURIDAD: 423 6140000

DEFENSOR DEL CLIENTE

https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html

defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROACTIVA AMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. — TV 6 No. 31A 26

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

ARCA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 123 # 54 20 49 Local 122-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: 08/2025

FECHA GENERACIÓN 23/01/2026 01:05:20
FECHA EXPEDICIÓN 23/01/2026 13:11:13

1 Total Energía $46.550 + 2 Portafolio Enel X $0 + 3 Total Aseo $22.010 = $68.560

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
05 FEB/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 2713352-1

18 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $46.546

Otros cobros de energía

Ajustes a la decena SUBTOTAL: $1 $1

Otros cobros de productos y servicios

1 TOTAL ENERGÍA: $46.550

2 TOTAL OTROS: $0

ASEO

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

ASE No. 3 NIT 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	11826317	DÍAS FACTURADOS 31
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No	381663998-8	
PERIODO DE FACTURACIÓN	18.12.2025 a 18.01.2026	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$36.600
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-14.576
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-4

DATOS DEL USUARIO

USO PRODUCTIVO: Residencial

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTO AJUSTADO

COSTO RUO TOTAL	COSTO KARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$20.205,29	$6.663,51	$157.722,57

TARIFA POR SUSCRIPTOR

BARRIDO	0.000565116
LIMPIEZA URBANA	0.000838811
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO	0.000011113
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS	0.061233324
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.03
APORTE NO APROVECHABLE	0.00

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO: $22.010

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

MENSAJES DE INTERÉS

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 22.010.00

NÚMERO DE CUENTE
2713352-1

Documento Equivalente Electrónico No.
961663998-8

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

TOTAL A PAGAR
$68.560

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - 14 | MI 900255003223939 | FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Canela | COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: mestizo | EDAD: 2A | PESO: 9.1 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 ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO nacio en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: William Daño Guerrero Benavides | DIRECCION: Kra 135A. 17 F 40 | TELEFONO: 313 438 9184

CEDULA: 1.016.099.801 | CORREO ELECTRÓNICO: William.guerrero9801@gmail.com

BARRIO: Florencia | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 11.2025 | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 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/01/2025

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m | F. RESPIRATORIA: 22 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,9 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,8 ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,35 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: Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P: 45036 | FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Carolina Hernandez 21530 M. Veterinaria / Dra. Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530 | FIRMA: T.P. 2153

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
William Guerrero	1016099801

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.099.801
GUERRERO BENAVIDEZ
APELLIDOS
WILLIAM DARIO
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 30-ENE-1998
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
01-FEB-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

¡Recibe tu FACTURA EN LÍNEA Y PAGALA A TRAVÉS DE



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



vanti

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

¡Alárrate el incremento de tarifa del 2026!

Publicidad a cargo de las empresas que conforman el Grupo Vanti. Campaña válida entre el 15/12/2025 y 18/01/2026. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Puedes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC. Ver Tyc en www.grupovanti.com/RPO

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Bancolombia · Banco Pichincha · Nequi · dale!

*Puede adicionalmente interponer el débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo - Móvil: **164** 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. 800069.813-8 704810182325 VANTI

¡Hola!

LUISA CASTILLO
KR 135A 17F 40 03 - FLORENCIA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007108-434101

Lote: P18GN **Ruta:** 0011840080950005100 **Código del Sector:** 434

Cuenta o referencia de pago **62311931**

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

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 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

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

Factura de gas

Enero 2026

Cuento o referencia de pago **62311931**

BOGOTA

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

vanti

Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 10 Feb. 2026

2 — Fecha de suspensión: 11 Feb. 2026

3 — Periodo facturado: Dic. - Ene. 2026

4 — Emisión de tu factura: 26 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	10MS	2.899,74	0,00	28.997,40
MENOS SUBSIDIO (35%)	1UN	-9.380,65	0,00	-9.380,65
AJUSTE DECENA	1UN	3,25	0,00	3,25

1 — Total $19.620,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

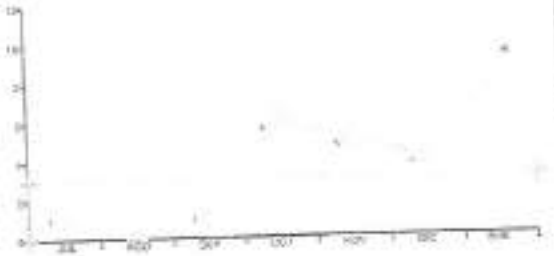
3 = Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $19.620,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat Das — Días de consumo 33

Fecha	Lectura	Tipo
21 Dic. 2025	4312	REAL
22 Ene. 2026	4325	REAL

m³ consumidos 4325 - 4312 * Factor de corrección = 10

Tu próxima lectura será: Entre 16 y el 21 de Febrero

Novedades de tu factura

Tuvo $ 0,00 CO

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

(415)7709998026025(8020)62311931(3900)0000000019620

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: **30 Sep. 2028**

Agenda yo tu RPO aquí

Tarifas

este mes es de: $2544

Oct $2748 Nov. $2742 Dic. $2571

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad





63309

C1

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: 15

900255003223583

NO Microchip:

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kira

COLOR: negro - blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA mestizo EDAD 1 A 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 ___ MIXTO X OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Eduan Alexander Quintana Tibana

DIRECCION: CL 17C N. 134-70

TELEFONO: 3503975166

CEDULA: 1051.266.097

CORREO ELECTRONICO: Eduantibana4@gmail.com.

BARRIO: Puente grande

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 170 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	0.9 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.8 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,5 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,15 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: Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P : 45036

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Carolina Hernandez 21530 M. Veterinaria / Dra. Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530

FIRMA: TP 21530

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se acepta los riesgos que se puedan presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 3 días posteriores a la implantación.

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Edwin	1051266047

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.051.266.097



Apellidos
QUINTANA TIBANA

Nombres
EDWIN ALEXANDER

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.63	M

Fecha de nacimiento — G.S.
02 ABR 2005 — O+

Lugar de nacimiento
CHISCAS (BOYACA)

Fecha y lugar de expedición
10 MAYO 2023, MOSQUERA

Firma
Edwin

Fecha de expiración
10 MAYO 2033

.00

R22045432

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL022045432415169<<<<<<<<<<
0504Q25M3305108COL1051266097<5
QUINTANA<TIBANA<<EDWIN<ALEXAND

enel Bogotá

2038351-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 9782592769

BENJAMIN SEPULVEDA DURAN
CL 17 C NO 124 - 70 MZ J CA 13
VILLA ANDREA MZ J CA 13
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

16 352 9042 / 19266399

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

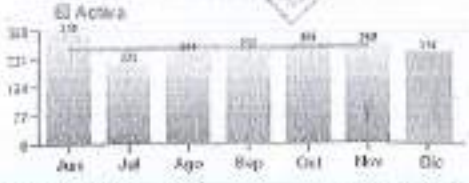
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $408.69

CONSUMO DIARIO: 8.23 kWh

VALOR DIARIO: $5.220

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

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 247 kWh

¿Sabe más tu vecino acerca de la LECTURA DE TU MEDIDOR y su CONSUMO de energía que el encontrado dentro de la factura?

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	0.69
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1800316202043
RUTA LECTURA:	1319312E337
MANZANA DE LECTURA:	1050864167E
MEDIDOR No:	19266399
SUBCLASE:	Directa

USO SEGURO DE ENERGÍA

Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. No los uses descalzos, planchas o cargadores de celular.

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 155 155

115 Emergencias las 24 horas

601 514 0000 Atención al cliente

https://www.enel.com.co/es/personas/defensoria-del-cliente.html
defensor@enel.com.co

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

RED CADE

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOTORA AMBIENTAL DISTRITO BASE E.S.P. TV 69 No. 64 A 51

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá 44 B - 30

AGUAS LIMPIAS EMPRESA CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 100 # 51 - 90 LC 103-104

Línea de servicio al cliente 115

En esta factura no se incluyó el concepto solidaridad que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por ello en estos no se aplica los consumos básicos, conforme a la Ley 142 /1994 Art 1581

FECHA GENERACIÓN: 23/12/2025 01:07:41
FECHA EXPEDICIÓN: 23/12/2025 15:46:00

07 ENE /2026

09 ENE/2026

$128.060 + $0 + $40.220 = $168.280

20 ENE /2026

ENERGÍA

2038351-1

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

SUBTOTAL $156.595

Ajustes a la decena	$-1
COMPENSACIÓN DESCUENTO TARIFA	$-35.280
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$1.620
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-232
SUBTOTAL	$156.595

1 TOTAL ENERGÍA $120.000

2 TOTAL OTROS $0

ASEO

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

CICLO 3

830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	70202153	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.	378250876-2	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	18.11.2025 a 18.12.2025	

	41138	35303	40364	41548	60126	61783
41.700						
31.325						
20.950						
10.575						
0						
	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov

DATOS DEL INMUEBLE

TIPO PRODUCTO: Residencial

UNIDADES	Grupadas	Basuragradas
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

	COSTO PLENO VOLUMEN	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
	$36.184,97	$12.763,71	$154.680,93

BARRIDO	0.00045426
LIMPIEZA URBANA	0.00133599
RECAUDO DEL APROVECHAMIENTO	0.00091497
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS	0.00002574
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.03
APORTE NO APROVECHABLE	0.00

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$67.004
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-20.914

3 TOTAL ASEO $46.***

MESES EN MORA	0
APORTE NO RESIDENCIAL	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	-40%

INFORMATIVO DEUDA TOTAL $0.000.00

NÚMERO DE CUENTE
2038351-1

Documento Equivalente Electrónico No.
378250876-2

PAGO OPORTUNO
07 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$168.280

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

La mortalidad anestésica en perros y gatos braquiocefálicos es mayor fundamentalmente a las particularidades respiratorias y digestivas que presentan este tipo de pacientes

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

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

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

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

Conociendo los anteriores riesgos, principalmente dados por su conformación anatómica, y que en jornada masiva /gratuita de esterilización no se van a tener como lo son:

Los pacientes ingresan sin exámenes pre anestésicos, lo cual genera que pueda tener alteraciones y no sean detectadas y el paciente fallezca o presente complicaciones post quirúrgicas

Los pacientes ingresan sin valoración cardiaca completa lo cual genera que pueda tener alteración cardiaca y por esto fallecer

Los pacientes ingresan sin rx cuello y tórax, lo cual genera que no sepamos si presenta alteración en su tamaño traqueal y no sepamos con exactitud que tamaño de tubo usar y pueda existir lesión traqueal

La anestesia no es inhalada, lo cual implica más tiempo de recuperación/despertar por ende mayor posibilidad de fallecimiento o complicaciones

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

Yo Edwin Quintana, Identificado con cédula de ciudadania número 1052660 97, de Mosquera autorizo el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino (X) felino ( ) de Nombre Kira Raza Chiba Edad 1 año.

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

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

NOMBRE TUTOR RESPONSABLE: Edwin Quintana

CEDULA: 1052660 97

FIRMA: Edwin

FECHA: 6 Febrero 2026 JORNADA Alameda

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: 16

MIC: 900255003223133

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna | COLOR: Negro - blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Pinscher | EDAD: 2 A | 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 ___ MIXTO X OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Edwin Alejandro Herrera Perdomo | DIRECCION: Kra 111 bis No 22172 | TELEFONO: 3133309273

CEDULA: 1.028.662.155 | CORREO ELECTRÓNICO: herreraeb1221@gmail.com

BARRIO: Versalles 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 09.2025 | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 01-2026

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

HEXAVALENTE: dd/06/2025 | 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: 120 l/m | F. RESPIRATORIA: 13 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: ~

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.8 mL	5-7mg/kg IV
		___ mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ~

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P. 450530	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Caroline Hernandez 21530 M. Veterinaria / Dra. Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530	FIRMA T.P. 21530

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	1008662155

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA



HERRERA PERDOMO

EDWIN ALEJANDRO

COL 1.72 M

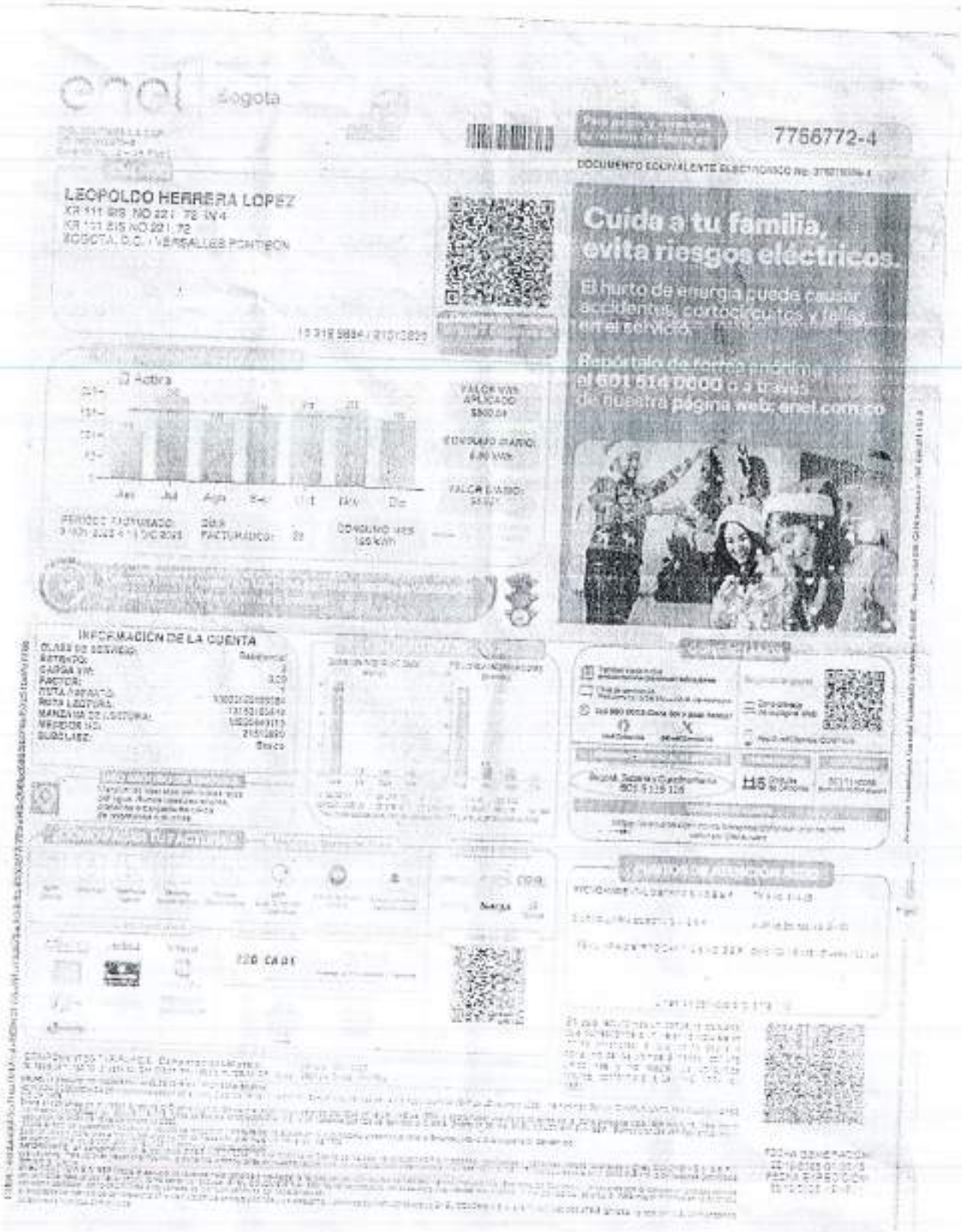
21 JUN 2005 A+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

21 JUN 2024 BOGOTA D.C.

10 JUL 2035

I<COLC6564499121500I<<<<<<<<<<<
0506217M3507136COL102866215547
HERRERA<PERDOMO<<EDWIN<ALEJAND



enel Bogotá

7766772-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 376716394-4

LEOPOLDO HERRERA LOPEZ
KR 111 BIS NO 22 I 72 IN 4
KR 111 BIS NO 22 I 72
BOGOTA, D.C. / VERSALLES PONTEVEDRA

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 601 518 8000 o a través de nuestra página web: enel.com.co

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 4
CARGA VA: 3
FACTOR: 320
TOTA APARATO: 1
RUTA LECTURA: 1
MANZANA DE LECTURA: 1
MEDIDOR No.: 2
SUBCLASE: Basico

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: 17

MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003223931

FECHA: 06-02-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tammy

COLOR: arena

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: MESTIZO EDAD: 7A PESO: 5.5 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO ___

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: Nayive Tatiana Bayona ovalle

DIRECCION: Cl 74 B N 116-70

TELEFONO: 3138292787

CEDULA: 1076034386

CORREO ELECTRÓNICO: tatis_angelito2407@hotmail.com

BARRIO: El charco ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa Jun/23 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: ① II. III. IV. V. VI. E. CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 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	0.5 ml	1-3mg/kg IM
	KETAMINA	1.0 ml	5-7mg/kg IV
		___ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,6 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 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	Dra. Angela Marcela Diaz ...ica Veterinaria T.P: 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Carolina Hernandez 21530 M. Veterinaria Dra. Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530	FIRMA TP. 21530

FONTIBON

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, AUTORIZO al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Naqibe Italiano B.	1016034386

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

Presento Vomito en el area de postoperatorio.

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.016.034.386
BAYONA OVALLE
APELLIDOS
NAYIVE TATIANA
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 13-MAR-1991
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
22 ABR 2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

enel | Bogotá

2443246-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 381705003-7

FIDUCIARIA ALIANZA SA
CL 14 B NO 118 70 BO 21 CA 27
URBESTANCIA CAMINO DE SALAZAR
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO I

18 303 0484 / 948484

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

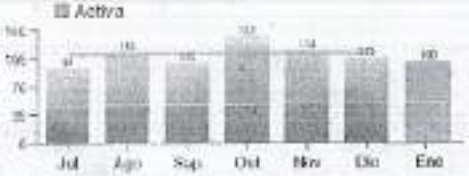
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la App Enel Colombia o en nuestro sitio web enel.com.co.

Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $755.09

CONSUMO DIARIO: 3,13 kWh

VALOR DIARIO: $1.515

PERIODO FACTURADO: 26 DIC/2025 A 26 ENE/2026

DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 100 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	4,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000140330484
RUTA LECTURA:	1516030080
MANZANA DE LECTURA:	M5008503530
MEDIDOR NO:	948484
SUBCLASE:	Básica

USO RACIONAL DE ENERGÍA

Revisa tus cables regularmente. Muy cortos se pueden sobrecalentar y una forma sencilla de asegurar un consumo confiable y libre de riesgos.

CONTÁCTANOS

Bogotá, Sabana y Cundinamarca: 601 5 115 115

115 Directo las 24 horas.

Línea de servicio al cliente 115

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios utilizados de Pago

Oficina Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Física

Canales de Servicio

Código QR

RED CADE

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMEDIMENTAL DISTRITO E.S.P.	Cra 4 No. 81A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 69 - 90
ARMA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54 38 43 Local 101-104

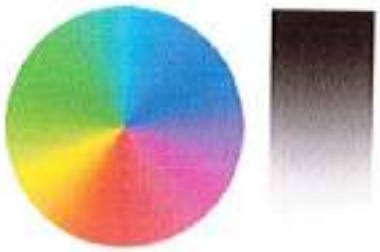
Línea de servicio al cliente 115

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo. Periodo: DIC/2025

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 01:04:18
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2026 12:51:10

Printer Test Page







Printer: HP_Smart_Tank_580_590_series_F14A36
Description: HP Smart Tank 580-590 series [F14A36]
Job ID: HP_Smart_Tank_580_590_series_F14A36-2
Created at: Thu Feb 5 17:19:56 2026
Printed at: Thu Feb 5 17:20:55 2026
Make and Model: Smart Tank 580-590 series - IPP Everywhere
Media Limits: 0.12 x 0.12 to 8.38 x 10.88 inches
Media Limits: 0.30 x 0.30 to 21.29 x 27.64 cm

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: 18

MICRO: 900255003223435

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nala

COLOR: Caramelo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Cocker EDAD: 5m PESO: 9.5 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 X MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Vanesa Galindo Betancourt

DIRECCION: Kra 135 N. 17-35.

TELEFONO: 3209392689

CEDULA: 1.003.689.976

CORREO ELECTRÓNICO: m3108153010@gmail.com.

BARRIO: Florencia

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m

F. RESPIRATORIA: 23 r/m

TEMPERATURA: 38 °c

TLLC < 2 seg

MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.8 ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN(S.P.B.)	1 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,4 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ———

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dra. Angela Marcela Díaz Médica Veterinaria T.P: 45036

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Carolina Hernandez 21530 M. Veterinaria Dra. Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530

FIRMA: TP 21530

FONTIBÓN

E. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Laura galindo.	1003689776

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.003.689.776

Apellidos
GALINDO BETANCOURTH

Nombres
LAURA VANESA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.67

Sexo
F

Fecha de nacimiento
02 DIC 2002

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
MADRID (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
17 DIC 2020, FUNZA

Firma
Laura Galindo

Fecha de expiración
29 OCT 2034

CO

057827797

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL057827797415088<<<<<<<<<<<
0212023F3410299COL1003689776<1
GALINDO<BETANCOURTH<<LAURA<VAN

Por favor doble y rasgue para abrir la factura

FACTURA EN LÍNEA



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



vanti

Agenda y certifica tu **Revisión Periódica Obligatoria de gas** antes del **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 13/12/2025 y 18/01/2026. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Puedes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC. Ver T&C en www.grupovanti.com/RPO

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

» Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · DaviPlata · Bre-B · 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.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.046.812-8 33-0527-002005 VANTI

reverso de esta factura la empresa y/o prestador ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los 15 días hábiles siguientes al conocimiento del cobro de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno

¡Hola!

CONSTRUCTORA CAPITAL BOGOTA SAS
KR 135 17 35 T03 00422 - FLORENCIA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 0095202100000023S8

Lote: P16GN Ruta: 0011840052550005100 Código del Sector: 434

Cuenta o referencia de pago **63601566**

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

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.

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasoriente S.A. ESP. Vanti Listo es un medio que utilizamos para la comercialización no exclusiva ofrecida por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de la política de financiación vigente en grupovanti.com/vantilisto

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor doble y rasgo para abrir la factura

Factura de gas

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago: 63601566

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. **Pago oportuno** 10 Feb. 2026
2. **Fecha de suspensión** 11 Feb. 2026
3. **Periodo facturado** Dic. - Ene. 2025
4. **Emisión de tu factura** 26 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	14M3	2.543,69	0.00	35.611,66
FIJO	1UN	4.180,00	0.00	4.180,00
AJUSTE DECENA[1]	1UN	-1,66	0.00	-1,66

1 Total $39.790,00

Tus financiaciones

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

2 Total $0,00

3 Valor facturas vencidas

$0,00

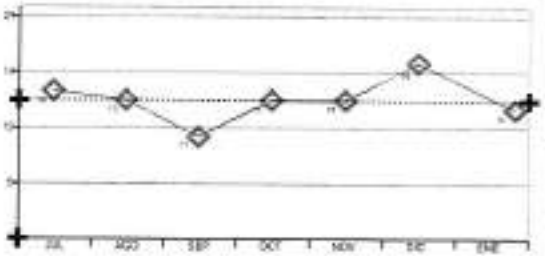
Total a pagar 1 + 2 + 3

$39.790,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Tres | Días de consumo 35

Fecha	Lectura	Tipo
20 Dic. 2025	502	REAL
23 Ene. 2026	520	REAL

m³ corregido= 520 - 502 * Factor de corrección = 14

Tu próxima lectura será

Entre 16 y el 21 de Febrero

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Nov. 2026

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente.* *Resoluciones CREG de 2013 y 41 086 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2544.

Oct. $2748 Nov. $2742 Dic. $2671

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

Componentes tarifarios

Cmc 1335.32 Tm 543.31 Dm 664.76 Cm 2543.69
pc 64.00 Cvm 0.0 Cufm 4180.0 Cuvm 2543.69
Cm 0.0 Fpcm 42.475 DAUR 0.0 DAUNR 0.0

kWh/m³Tu consumo en m³ de gas equivale: 0kh
kWh y el precio unitario del kWh es: $241.162

Factor de corrección

Vm: 14 Kp: 0.76626 Kt: 1.00683 Pt: 0.77135
Vc: 14 Tm: 13.00 Tc: 15.56 Pc: 1.01568
Pz: 0.751 Pm: 0.093 F'pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77135

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPS: 100.0



(415)7709998026025(8020)63601566(3900)0000000039790

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: 19

MICROCHIP: 900255003223900

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Princesa. COLOR: Gris - blanco.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 5M. PESO: 7.4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Alvaro Velasquez Bejarano

DIRECCIÓN: Kr 99 BIS N-05

TELEFONO: 320 323 1686

CEDULA: 79003091

CORREO ELECTRÓNICO: 3203231686@sincorreo.com

BARRIO: Sakana Grande ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnologo

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena Salud - Presento garrapatas

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: #F

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NF

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: 120 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC (seg MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.8 ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.7 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.3 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ———

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P: 45036

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Carolina Hernandez 2153 M Veterinaria — Dra Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530

FIRMA: T.P. 21530

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Velasquez A	79003071

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.003.071**
VELASQUEZ BEJARANO
APELLIDOS
JOSE ALVEIRO
NOMBRES

José Alveiro Velasquez B
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **25-JUN-1970**
GUADUAS
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 ESTATURA **O+** G.S. RH **M** SEXO
12-ENE-1989 GUADUAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO



I-1500150-00806080-M-0079003071-20190109 0019790044A 1 5000158093

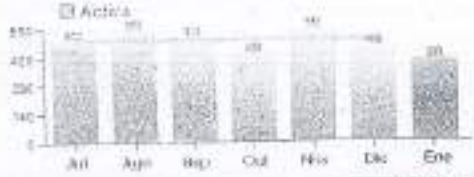
enel Bogotá

2479974-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. [illegible]

JOSE JULIAN RUDA HERNANDEZ
KR 99 BIS NO 14 35 BO 11 CA 288
PUEBLO VIEJO
BOGOTA, D.C. - SABANA GRANDE

19 315 0017 / 010148



VALOR kWh APLICADO: $785,89

CONSUMO DIARIO: 12,74 kWh

VALOR DIARIO: $9.745

PERIODO FACTURADO: [illegible] A 28 ENE 2026

DIAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES: 395 kWh



[illegible]

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	5,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	MSSF032113
MEDIDOR #2:	310448
TIPO LAZO:	Blanco



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca
601 3 115 115

115 Opción 1 las 24 horas

PUNTOS DE ATENCIÓN PRESENCIAL

SUCURSAL VIRTUAL DISTRIGAS S.A. E.S.P. 7:00 a.m. a 4:00 p.m.

SUCURSAL VIRTUAL BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Suba [illegible]

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. - CRA 106 # 16-30 [illegible]

Línea de servicio al cliente 115

COMPONENTES Y ATRIBUTOS - Componentes del cargo: Vigencia: DIC-2025

FECHA GENERACIÓN 27/01/2026 01:10:25
FECHA EXPEDICIÓN 27/01/2026 10:53:16

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 20

MICROCHIP: 900255003223509

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: patecumbia

COLOR: Negro Fuego

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 5A PESO: 11 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Alvaro Velasquez Bejarano

DIRECCION: KR 99 BIS 14-05

TELEFONO: 3203231686

CEDULA: 79003071

CORREO ELECTRÓNICO: 3203231686@sincorreo.com

BARRIO: Sabana Grande

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnologo

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud. - Presenta gatrapatas hace 1semana

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NF

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NF

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa NF. | 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. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: l/m | F. RESPIRATORIA: r/m | TEMPERATURA: °c | TLLC seg | MUCOSAS:

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Médico veterinaria T.P: 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Carolina Hernandez 2530 N. Veterinario.	FIRMA T.P. 2530

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Velasquez A.	79003071

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.003.071
VELASQUEZ BEJARANO

APELLIDOS
JOSE ALVEIRO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-1970
GUADUAS
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

12-ENE-1989 GUADUAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



0010750344A 1 5320158493

enel Bogotá

2479974-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 382038891-3

JOSE JULIAN RUDA HERNANDEZ
KR 99 B5 NO 14 99 SO 11 CA 235
PUEBLO VIEJO
BOGOTA, D.C. - SABANA GRANDE





VALOR kWh APLICADO $785,69

CONSUMO DIARIO 12,74 kWh

VALOR DIARIO $9.745

PERIODO FACTURADO: 23 DIC 2025 A 22 ENE 2026

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 395 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA KW:	5,80
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	
RUTA LECTURA:	
SUBZONAL DE LECTURA:	
MEDIDOR No:	
DISCLAIMER:	Monthly

CONTÁCTANOS

Bogotá, Cabecera y Conjuncionales (601) 5 315 115

115

PUNTOS DE ATENCIÓN ABEO

Línea de servicio al cliente 115

FECHA DE EMISIÓN: 27/01/2026 01:10:25
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2026 10:50:19

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 CLINICA HC- Número de Historia Clínica: 21

MICROCHIP: 900255003223507

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Molly

COLOR: Negro - café

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: pincher EDAD: 3A 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 ___ REGALADO Y PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Rosa Irene Bolivar Barrera

DIRECCION: KR 135 15B 05

TELEFONO: 3201835086

CEDULA: 51964956

CORREO ELECTRÓNICO: irene.bolivar.barrera@gmail.com

BARRIO: kasandra ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 07/2025

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 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	0,4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dra. Angela Marcela Díaz Médica Veterinaria T.P: 45[illegible]

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Dra Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530

FIRMA

T.P. 2153

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Juan Bolivar	51964.956

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.964.956**
BOLIVAR BARRERA

APELLIDOS
ROSA IRENE

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-AGO-1969**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

07-DIC-1987 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00241360-F-0051964956-20100615 0022234544A 1 34635403

enel Bogotá

1068673-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 38507885-6

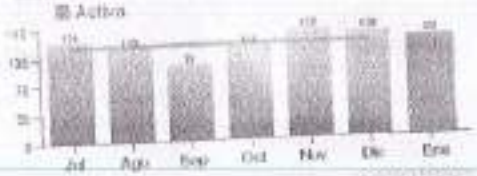
ISABEL CADENA DE B
KR 135 NO 15 B 05
BOGOTA, D.C. - USAQUEN

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la App Enel Colombia o en nuestro sitio web enel.com.co.

Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.





VALOR KWh APLICADO: $785.00
CONSUMO DIARIO: 3.81 kWh
VALOR DIARIO: $1.043

PERIODO FACTURADO: 29 DIC/2025 A 30 ENE/2026
DÍAS FACTURADOS: 32
CONSUMO MES: 122 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO! No tuvimos acceso dentro de la rutina!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	108301020700084
RUTA LECTURA:	13153100249
MANZANA DE LECTURA:	M000051217
MEDIDOR NO:	94405
ELECLASE®:	Electrónico

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 6 135 115

115 Chatbot las 24 horas

BOS SAVORS

UNO SOLO CONSUMO DE ENERGÍA

Revisa tus saldos regularmente. Mantenerlos en buen estado de una fecha para BLOQUEAR un servicio cortable y ¡Evita de riesgo.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

Medios Físicos

Red Datafast

Canales de Servicio

Código QR

Aliados de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

ENGACUAMBIENTAL DISTRITO S.A.S.E.S.P.

ATLANTA LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.

AGUA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 134 # 14-30 Bl. Local 130-134

Línea de servicio al cliente 115

COMPONENTES TARIFARIOS: Componentes del costo:

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 06:57:05
FECHA EXPEDICIÓN: 05/01/2026 11:44:14

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 22

900255003223511

ND chip

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Merlina

COLOR: Negro-blanco Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA mestizo EDAD 1 A PESO 17,1 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 ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Judith Vera Cartagena

DIRECCION: AC 17 No 132-60

TELEFONO: 314 307 6220

CEDULA: 38234413

CORREO ELECTRÓNICO: 314307 6220@sincorreo.com.

BARRIO: Puente grande

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.R.

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/12/2025.

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 110 l/m F. RESPIRATORIA: 22 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.7 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	3.4 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.7 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.6 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 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 previos (IDEXX).

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dra. Angie Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P: 45036

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Carolina Hernandez 2530 M. veterinario — Dra Carolina Hernandez Medico Veterinaria T.P 21530

FIRMA — TP 21530

FONTIBÓN

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN
En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte. Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación. De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente. Además, soy consciente y **ACEPTO** __X___ o **RECHAZO**_____ **la declinación de la realización de** exámenes **prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado. En constancia, ha dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento. En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas. **COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO** Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía. Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Ana Isabel Vera C	38234413

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.234.413
VERA CARTAGENA
APELLIDOS
ANA JUDITH
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-ABR-1957
GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-ENE-1977 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y RECIBELA A TRAVÉS DE:



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



vanti

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

¡Ahórrate el incremento
de tarifa del 2026!

Publicidad. Imagen de referencia. La promoción de Vanti Contado y Financiado (19/12/2025 y 16/01/2026). Promoción válida solo para usuarios de gas natural residencial. Consulta términos y condiciones de la promoción en nuestra página web www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

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 contratos en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otros entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · GNB · Bancolombia · Banco de Bogotá · Banco Pichincha · Nequi · Daviplata · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales 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 ó 01 8000 919 052
01 8000 181 164

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

CANALES, SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830095 612-6

¡Hola!

CONSTRUCTORA LAS GALIAS S.A.S
AC 17 132 60 T06 01002 - PUENTE GRANDE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120230003901573

Lote: P16GN **Ruta:** 0011840115020005020 **Código del Sector:** 331

Cuenta o referencia de pago **63989168**

vanti Listo

Compra financiado, contado o gas natural y paga en cuotas a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO
APROBADO ES:

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.

Vanti Listo S.A.S. NIT 901.555.112-6 es una sociedad comercializadora de Vanti S.A. ESP. Cupo sujeto a aprobación. Consulta condiciones en www.grupovanti.com/vanti-listo

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (607) 307 8171
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 la cooperativa o asociación a la cual usted pertenece no ofrece alguno de los medios de pago y canales de recaudo establecidos en la Resolución vigente, usted podrá solicitar a su proveedor de gas natural domiciliario que le suministre los mecanismos de pago y canales de recaudo establecidos en la Resolución vigente. Para mayor información sobre el procedimiento de solicitud, consulte el contrato de condiciones uniformes de su proveedor de gas natural domiciliario.

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago 63989168 BOGOTA

NIT. 800.007.033-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 10 Feb. 2026

2 — Fecha de suspensión: 11 Feb. 2026

3 — Periodo facturado: Dic. - Ene. 2026

4 — Emisión de tu factura: 26 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	5M3	2.543,69	0,00	12.718,45
FIJO -	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	2,40	0,00	2,40
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	5.025,45	0,00	5.025,45
INTERESES FINANCIAMIENTO - GRAVAD	1UN	480,47	92,43	576,90

1 — Total $23.505,20

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1,78 % Derecho Conexión Financiado	2/17	18.189,97	5.933,02	18.189,97
1,78 % Derecho Conexión Financiado	2/17	1.774,83	578,90	1.774,83

2 — Total $19.964,80

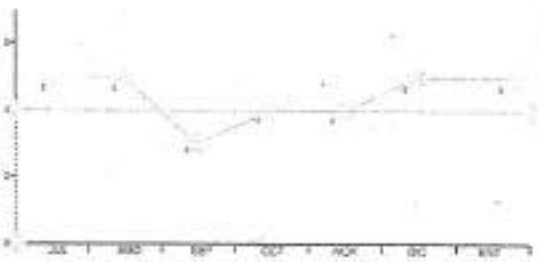
3 — Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $43.470,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat.Tres — Días de consumo 33

Fecha	Lectura	Tipo
20 Dic. 2025	132	REAL
21 Ene. 2026	138	REAL

m³ consumo= 138 - 132 * Factor de corrección = 5

Tu próxima factura será

Entre 16 y el 21 de Febrero

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Oct. 2028

Agenda yo tu RPO aquí

Tarifas

Oct. $2746 Nov. $2742 Dic. $2571

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



(415)7709999026025(8020)63989168(3900)00000000043470

70/97

C1

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: HC - Número de Historia Clínica: 23

MICROCHIP: SI Número: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003223934

FECHA: 06-02-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Megan

COLOR: Cafe- Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Pitbull EDAD: 6M PESO: 17.0 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI X NO

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ FERRO DE CUADRA ___ OTRO nacio en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angie Natalia Montalvo Lopez

DIRECCION: Kr 736 N° 75B 04

TELEFONO: 3723842506

CEDULA: 1007.185.724

CORREO ELECTRÓNICO: angiemontalvo02@gmail.com.

BARRIO: Casandra ESTRATO: 2. LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Noveno

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa 06/11/25 TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m F. RESPIRATORIA: 23 c/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: rosas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.7 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	3.4 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.7 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 preoperatorios.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P: 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Carolina Hernandez 21530 N.Veterinaria Dra Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530	FIRMA TP. 21530

FOMISON

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
*Nakilia Montaño	1007185429

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER.

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.185.724
MONTALVO LOPEZ

APELLIDOS
ANGIE NATALIA

NOMBRES
Natalia Montalvo



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-DIC-2002
PACHO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

19-MAR-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P-1500150-01329534-F-1007185724-20210331 0073956301A 2 3501701387

enel | Bogotá

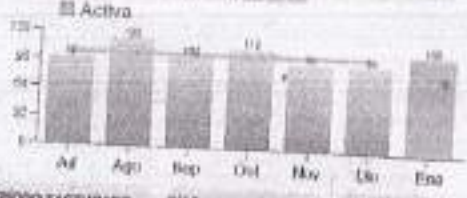
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 900.063.979-3

1994335-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 30165/0004 7

MARIA OFELIA MURILLO R
KR 136 NO 15 B 04
BARRIO CASANDRA
BOGOTA, D.C. - KASANDRA

18 909 9382 / 1568663



VALOR AHO APLICADO: $768.69

CONSUMO DIARIO: 3,41 kWh

VALOR DIARIO: $1.662

PERIODO FACTURADO: 30 DIC/2025 A 29 ENE/2026

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 129 kWh

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea desmedido reportando la lectura de tu medidor en la App Enel Colombia o en nuestra sitio web enel.com.co

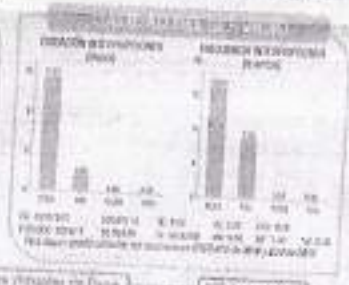
Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



Con una foto a tiempo a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu PAGO no te cargan consumos estimados (promedios).

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA KW:	5,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1800163/xxxxxx
RUTA LECTURA:	1818/xxxxxx
MANZANA DE LECTURA:	0450/xxxxx7
MEDIDOR NO:	1568663
SUBCLASE:	Basica



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Girardot/resto: 601 8 115 115

115

CÓMO PAGAR TU FACTURA

Medios Virtuales de Pago

Alianzas Virtuales

Corresponsales Bancarios

Red Bancaria

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Consumo en el mes:

FECHA GENERACIÓN
20/01/2026 01:01:02
FECHA EXPEDICIÓN
03/01/2026 10:04:10

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - (Número de Historia Clínica): 24

MICROCHIP: 900255003223889

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sasha | COLOR: Dorado

ESPECIE: CANINO X FELINO__ | SEXO: HEMBRA X MACHO__ | RAZA: mestizo | EDAD: 2A | PESO: 21.1 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alexandra Garcia Castro | DIRECCION: cl 17c # 134-80 | TELEFONO: 3222783135

CEDULA: 1.000.327.581. | CORREO ELECTRÓNICO: alexandragarciacastro012gmail.com

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

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: ya | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: ya

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: 170 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	2.1 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	4.2 ml.	5-2mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,85 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dra. Angela Marcela Díaz Médica Veterinaria T.P: 45036 | FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Carolina Hernandez 21530 M. Veterinaria / Dra. Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530 | FIRMA: T.P. 21530

CONTIBIÓN

X. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Alexandra G	1000327581

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.327.581
GARCIA CASTRO
APELLIDOS
ALEXANDRA
NOMBRES
Alexandra
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-ENE-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.51 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
26-FEB-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

61093

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860 063875-6
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2309920-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 3610489919-9

61093

CLIENTE

LUIS A URIBE LAGUADO
CL 17 C NO 134 -80 IN 1
VILLA ANDREA
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

16 352 9809 / 03317

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la **App Enel Colombia** o en nuestro **sitio web enel.com.co.**

Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $785,89

CONSUMO DIARIO: 6,22 kWh

VALOR DIARIO: $6.018

PERIODO FACTURADO: 29 DIC/2025 A 29 ENE/2026

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 205 kWh

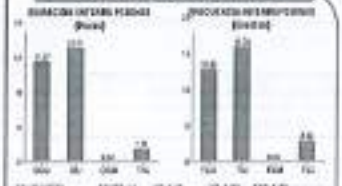
Cada mes tu factura incluye la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO, a menos que tengamos dificultades de acceso o error en la lectura. Revisa el detalle.

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	5,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1080316303080
RUTA LECTURA:	1316310080
MANZANA DE LECTURA:	MS0004161B
MEDIDOR NO:	03317
SUMCLARE:	Eléctrica

USO SEGURO DE ENERGÍA:
Revisa tus cables regularmente. Mantenimientos en buen estado es una forma sencilla de asegurar un consumo constante y libre de riesgos.

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle sobre las resoluciones CREG visita la página 2/3 de esta factura.

CONTÁCTANOS

Registrate gratis
Ingresa a nuestra página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SIN AFECTAR EL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 195 115	115 Opción 1 las 24 horas	601 5140095 denuncias@enel.com.co

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banca, Mi enel, Sitio web Banco, Débito automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billeteras Virtuales: Daviplata, Nequi, Tpaga

Corresponsales Bancarios: Efecty, Movired, Punto Red

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Alkosto

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMEDAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P.	Tv 4 No. 51A-05
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 20
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-50/60 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

Si cargas en un corresponsal bancario, exige el pago sencillo del periodo. El pago del corresponsal no exige soporte salvo en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del cobro — Vigencia: DIC/2025
G: $337,25 T: $34,11 D: $395,66 CV: $73,20 PR: $56,71 R: $16,76 OR: $0,09 / $/KWH Costo kWh Max

FECHA GENERACIÓN: 29/01/2026 01:04:17
FECHA EXPEDICIÓN: 29/01/2026 12:23:10

Proveedor Tecnológico: Dinámica Tecnología y Servicios SAS BIC – Bomba del 100 – CEB Financiera – NIT 900.626.021-9 – 61093

Factura impresa con Convenio Sectorial de Corresponsabilidad SAS NIT 830.054.539-0.

1 Total Energía $110.986 + 2 Portafolio Enel X $459.614 + 3 Total Aseo $22.040 = Total a Pagar $592.640

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
06 FEB/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 2309920-6

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 18 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lectura	X	Factor	=	Energía Consumida (kWh)	Energía Facturada (kWh)	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA EP	13311		12916		395		1		395	395		$280.00		$221.600
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$280.00		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh - 3				Valor kWh $160,0000		X		Beneficio -36,26 %					$39.000

ESTE MES LA ENERGÍA QUE USTED PAGARÁ, TIENE COSTO DE $ 280,00 POR KWH

SUBTOTAL: $192.571

Otros cobros asociados a energía

SALDO ANTERIOR	$-61.740
Int Residencial	$155
SUBTOTAL:	$-61.585

Conozca más sobre otros cobros asociados a energía

1 TOTAL ENERGÍA: $110.986

Otros cobros de productos y servicios

SEGUROS Y ASISTENCIAS OPC	$46.200
Tarj Créd. Privada – Sanitas	$582.171
Tarjeta Crédito Amarilla	$61.127

enel x

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, la Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enelx.com/co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

2 TOTAL OTROS: $459.614

Tiene en cuenta la fecha de pago oportuno para no generar intereses de mora y la fecha de SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con las cláusulas pactadas en el programa tarifario, el cobro por concepto de reconexión es hasta de $183.000

Informamos que en no realizar el pago de sus obligaciones dentro del vencimiento de la fecha de PAGO OPORTUNO, estas entrarán en mora, por lo cual se realizará reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza prejurídica que le serán gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El consumo de subsidio para el consumo de subsistencia (0 - 130 kWh/mes) es de -36,24 %

ASEO

Ciudad Limpia

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

ASEO No. 3

NIT: 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

		días facturados
CUENTA CONTRATO	11634933	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	381649819-9	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.12.2025 a 18.01.2026	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$36.658
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-14.678
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBI	$3
ASEO - INTERES POR MORA	$23

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0.000 ESTRATO: 2

DENSIDAD: AREA RECOLECCION: 3

% AREA SERVIDA: 0% AREA BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$20.336,29	$6.883,51	$157.722,57

TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO:	0.002566518
LIMPIEZA URBANA:	0.00356811
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00031113
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.06123324
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
ATORO NO APROVECHABLE:	0.03

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO: $22.040

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

NOTIFICACIÓN DE INTERESES

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 22.040,00

NÚMERO DE CUENTE
2309920-6

Documento Equivalente Electrónico No.
381649819-9

(415)7707208314053(8020)0123000000010108(3900)000000000022040

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

TOTAL A PAGAR
$592.640