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: 25 | MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003223925 | FECHA: 06-02-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mustafa | COLOR: Blanco- Gris

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA Pitbull | EDAD 9M | PESO 25.8 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 ___ FERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Michel Daniela Triviño Muñoz | DIRECCION: Cl 79A Bis 776-87 | TELEFONO: 3725799253

CEDULA: 1075992379 | CORREO ELECTRÓNICO: micheltrivino5@gmail.com.

BARRIO: Serico | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 01/01/25 | ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 170 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 39 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS J

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

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

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de puncion, 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 contraverción alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía despues 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:
	1015902379

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 1.015.992.379
TRIVIÑO MUÑOZ
APELLIDOS
MICHEL DANIELA
NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-ENE-2004
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

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

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1500150-01278473-F-1015992379-20220201 0078024897A 2 8503547432

FACTURA EN-LINEA



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 25/11/2025 y 14/01/2026. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Puedes consultar la invitación 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 varios cuentas contrato en una sola transacción.

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Baloto · Bancolombia · BBVA · Bancolombia · Nequi · 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. 830.096.612-8 PE452726 2025 VANTI

¡Hola!

VECTOR CONSTRUCCIONES SAS
CL 19A BIS 116 81 TO5 17 01707 - JERICO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 0075202200100170992

Lote: P06GN Ruta: 0011840023730005260 Código del Sector: 326

Cuenta o referencia de pago **63853356**

vanti Listo

Compra tu estufa, calentador o gas para tu vivienda, local, 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 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://en.grupovanti.com/

C1 74117

Factura de gas

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago: 63853356

BOGOTA

NIT: 900.007.813-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
26 Ene. 2026	27 Ene. 2026	Dic. - Ene. 2025	13 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	1UN	-2,83	0,00	-2,83
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	4.374,95	0,00	4.374,95
INTERESES FINANCIAMIENTO - GRAVAD	1UN	389,37	73,22	458,59

1 – Total $44.622,37

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.78 % Derecho Conexión Financiado	2/13	18.242,86	4.301,73	18.242,86
1.78 % Derecho Conexión Financiado	2/13	1.944,77	458,59	1.944,77

2 – Total $20.187,63

3 – Valor facturas vencidas

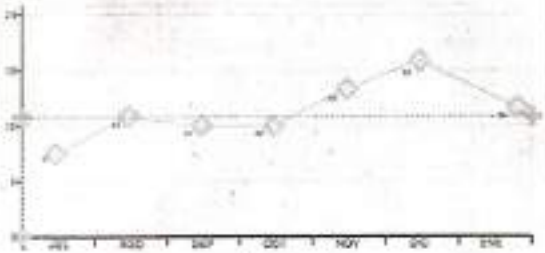
$0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3

$64.810,0

Paga por

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat.Tres — Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
09 Dic. 2025	283	REAL
08 Ene. 2026	281	REAL

m³ corregidos: 281 - 283 * Factor de corrección = 14

Tu próxima lectura será

Entre 03 y el 08 de Febrero

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Mar. 2028

La revisión de la instalación interna es de carácter obligatorio y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente.* *Resoluciones CREG 067 de 2021 y 131 de 2020.

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

Cm: 1335.32 Tm: 548.21 Dm: 594.74 Cm: 2543.03
Pi: 64.58 Cvs: 0.0 CuPm: 4188.6 Cuvm: 2543.03
Cdm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUVR: 0.0

Uj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 105
kWh y el precio unitario del kWh es: $241.162

Factor de corrección

Vm: 15 Pm: 0.7625 Cl: 1.03648 Fc: 0.77125
Vc: 14 Tm: 13.7 Tc: 15.56 Pc: 1.01008
Pa: 0.751 Pm: 0.023 F pc: 1.0

Factor de corrección: 0.77125

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DCS: 0.0 IQ: 100.0 IPS: 100.0



74117

C1

Factura No. F1B073959597

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: 26

MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003223928

FECHA: 06-02-26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Taizon

COLOR: Negro/ Fuego

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

RAZA: Pastor Alemán

EDAD: 3A

PESO: 35. KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Uriel yoick Miranda Mora

DIRECCION: Cl 77D N° 73B 76

TELEFONO: 3223360735.

CEDULA: 1016.100.658

CORREO ELECTRÓNICO: urielyoick2074@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: N/A

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 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	3.5 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	7. mL	5-7mg/kg IV
		/ mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	3,5 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1,N mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

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

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Carolina Hernandez 21530 M Veterinaria

Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530

FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se 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:
	1016100658.

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

Se evidencia Testículo derecho retenido, se explica a los propietarios y autorizan realizar incisión lateral derecha y se realiza la extracción del testículo y se explica sus deberes cuidados al tenor del procedimiento

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 1.016.100.658

Apellidos
MIRANDA MORA

Nombres
URIEL Y DICK

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.70
Sexo: M
Fecha de nacimiento: 10 MAR 1998
G.S.: A+
Lugar de nacimiento: BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición: 10 MAR 2016, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración: 17 MAYO 2033

Firma



021616590

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL021616590015001<<<<<<<<<<
9803101M3305175COL1016100658<1
MIRANDA<MORA<<URIEL<Y<DICK<<<<

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 900.063.870-9
Carrera 13 Nro. 93 – 66 Piso 5

Para pagar y consultar tu número de cuenta es:

1566075-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 391000349-5

CLIENTE

JOSE ADRIANO SUESCA SANCHEZ
CL 17 D NO 136 B 16
BOGOTA, D.C. - FUENTE GRANDE

16 351 9153 / 19312501

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

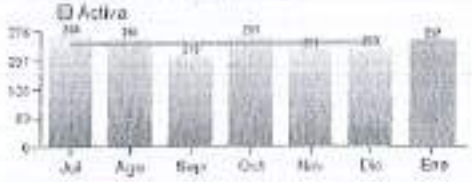
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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: $705,09

CONSUMO DIARIO: 7,84 kWh

VALOR DIARIO: $4.963

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

DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 253 kWh

¡Estamos turnos atentos a la LECTURA DE TU MEDIDOR y su CONSUMO de energía en ceros, dentro de lo habitual!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1003010301015153
RUTA LECTURA:	1316310637
MANZANA DE LECTURA:	MS0064107
MEDIDOR NO:	19312501
SUB CLASE:	Barrio

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registrate gratis

Zona privada de Registro Web

App Enel Clientes Colombia

EMERGENCIAS: 115

SEGURIDAD: 601 514 4005

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Codigo QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOTORA AMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P.	TV 1 No. 39A-05
CLEAN LOPEZ BOGOTA S.A. E.S.P.	Avenida Esquina # 5 B - 20
APSEN LIMPIEZA METROPOLITANA S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54 B-14 Local 132 134

Línea de servicio al cliente 116

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

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 08:59:02
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2026 10:20:13

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 27

900255003223513

NO Horario

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: cliFer

COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA MACHO X RAZA mestizo EDAD 1 A PESO: 16 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Myriam Yagama Arevalo

DIRECCION: Kra 99 bis 14-05.

TELEFONO: 3108709678

CEDULA: 35.507.658.

CORREO ELECTRÓNICO: hogardepasomascotas@gmail.com

BARRIO: Zona Franca ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

CLASIFICACION ASA: I 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 °c TLLC 1 seg MUCOSAS Rosas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.6 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	3.2 mL	5-7mg/kg IV
		/ mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ 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 quirúrgico.

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

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Carolina Hernandez 2530 M. Veterinaria — Dra. Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530

FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:

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

Nombre del responsable/Tenedor: CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 35.507.658
YAGAMA AREVALO

APELLIDOS
MYRIAM

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-1966
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

10-DIC-1984 SUBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS RAMIREZ VILLA

INDICE DERECHO

BOGOTÁ GOBIERNO	EVIDENCIA DE REUNIÓN	[illegible]

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
1	Revisar las avanzadas para informar sobre las jornadas	Contratista	próxima
2	Ficha técnica para las actividades	Apoyo a la supervisión	próxima
3	Se plantea la entrega del lector y bolsa de suministros	Contratista	próxima

[illegible]

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA NC - Número de historia clínica: 28

MIC: 900255003223506

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Snoopy

COLOR: Negro-grs.

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

RAZA: mestizo

EDAD: 7 m

PESO: 16.3 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 ___ CASETO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nidian Julieth America Sonza

DIRECCION: Kra 135 No 15-16

TELEFONO: 3197852247

CEDULA: 1.016.101.080

CORREO ELECTRÓNICO: Juliethamerica@outlook.com

BARRIO: Kasandra

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional.

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa ___ TRIPLE: dd/mm/aaaa ___ PENTAVALENTE: dd/12/2025

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/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: 140 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	1,6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	3,2 ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ 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	

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 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:
Lileth America S.	1016101080

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
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.101.080
AMERICA SONZA

APELLIDOS
NIDIAN JULIETH

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-DIC-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

31-MAR-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

enel Bogotá

1068626-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 35168645-5

MARTHA SONSA ROJAS
KR 135 NO 15 16 PI 1
BOGOTA, D.C. - KASANDRA

16 309 9410 / 55017882

Activa

VALOR kWh APLICADO $765,08

CONSUMO DIARIO: 1,97 kWh

VALOR DIARIO: $615

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 63 kWh

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	4,50
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30909030259410
RUTA LECTURA:	13102160201
MANZANA DE LECTURA:	M0606630070
SESIÓN NO:	25017882
SUBCLASE:	Basica

USO RACIONAL DE ENERGÍA

Revisa tus cobros regularmente. Mantenerse en buen estrato es una forma sencilla de asegurar un sistema confiable y libre de riesgos.

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca en 601 5 116 115

115

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO E.S.P.

CODENSA ENERGÍA

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 09:57:27
FECHA EXPEDICIÓN: 09/01/2026 15:34:16

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 CLINICA HC - (Número de historia clínica): 29

900255003223593

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lucas

COLOR: Negro

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

RAZA: mestizo

EDAD: 2A

PESO: 9.2 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VASORACION 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: Enirra Capera Cupitra

DIRECCION: Kra 134b No 17F 26

TELEFONO: 3124342556

CEDULA: 52498.661

CORREO ELECTRÓNICO: 3124342556@sin correo.com

BARRIO: Puente grande

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/11/2025.

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m

F. RESPIRATORIA: 73 r/m

TEMPERATURA: 38 °c

TLLC \ 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.)	0.9 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 Muñoz T.P. 45056

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Carolina Hernandez 21530 M. Veterinaria

FIRMA

Dra. Carolina Hernandez Medica Veterinaria 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: paro 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:
Eviza Cuppera.	52498661

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.498.661
CAPERA CUPITRA

APELLIDOS
ENIRZA

NOMBRES

ENIRZA CAPERA C.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-AGO-1975
NATAGAIMA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

16-OCT-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00112602 F-8002490040-20091027 0008911820A 1 1150027836

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 800.063.879-8
Calle 82 No. 13 - 14 Piso 2

Para dudas y consultas de tu factura de energía por:

1013850-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 381000129-7

CLIENTE

HECTOR GONZALO FONSECA GUEVARA
KR 134 B NO 17 F 2E
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

16 332 8506 / 673849

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

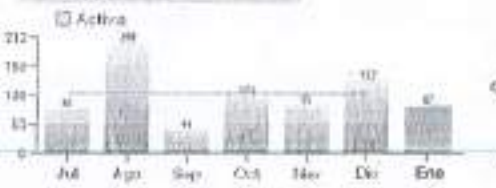
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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: $705,05

CONSUMO DIARIO: 2,22 kWh

VALOR DIARIO: $1.565

PERIODO FACTURADO: 20 DIC 2025 A 20 ENE 2026

DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 67 kWh

¡Este mes queremos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y su CONSUMO de energía en enel.co/entrega dentro de 30 días hábiles!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,08
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	108034003020008
RUTA LECTURA:	13108128145
MANZANA DE LECTURA:	MS3084028
MEDIDOR NO:	673849
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 185 185

115 Opción No. 2

Página web

Zona de ayuda de la página Web

App Enel Colombia

Línea de atención de accidentes

Línea de atención de emergencias

Línea de atención de urgencias

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 115 Opción No. 2

Nacional 601 80 0 115 115

Envíanos tu PQR

Ingresa a https://www.enel.com.co/es/personas/asistencia-cliente.html o escribe a defensoria@enel.com

USO EFICIENTE DE ENERGÍA

Ahorra tu cuota regulatoria. Reinvierte en tu vivienda la energía que ahorres y gana premios. Entra a enel.co/ahorra

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Oficina Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Efectiva

Centros de Servicio

Código QR

Alianzas de Cobro

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. TV 4 No. 34-05

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

ATESA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 13 # 30-30 Local 103-104

Línea de servicio al cliente 195

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes CU 202301 Vigencia: DIC2025

FECHA GENERACIÓN: 22/01/2026 08:57:13
FECHA EXPEDICIÓN: 22/01/2026 13:25:11

CUFE: 3cf7e8f4552e0c1a2b3d4e5f6a7b8c9d0e1f2a3b4c5d6e7f8a9b0c1d2e3f4a5b6c7d8e9f0a1b2c

$42.160 + $0 + $44.030 = $86.210

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
05 FEB/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 1013850-4

18 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGÍA ACTIVA	33 kWh	38 kWh	47	1	47	22	$795.09	$40.301
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	1	0	0	$0.00	$0
SUBSIDIO								-$38.139

ESTE MES LA ENERGÍA CONSUMIDA FUE DE 0 KWH DIARIOS

SUBTOTAL: $42.163

Otros cobros de la factura

Ajustes a la decena: $-3

SUBTOTAL: $-3

1 TOTAL ENERGÍA: $42.160

Otros cobros de productos y servicios

2 TOTAL OTROS: $0

Si no pagas la tarifa de PAGO OPORTUNO para tu cuenta mensual en enero y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspende el servicio es hasta de un mes, por lo general, y se genera un reconocimiento adicional en el pago siguiente, el cual por concepto de actualización se calcula en $100.000.

Recuerda que de no realizar el pago de tus facturas Celsia Tolima en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas serán reportadas a las centrales de información financiera y podrán generar sanciones económicas a la hoja vida a 15 días si no realizas el pago de ellas.

Si presentas alguna inconformidad con el consumo facturado, puedes presentar tu reclamación ante Celsia Tolima S.A. E.S.P. dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de expedición de la factura.

ASEO

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

ASEnet: 3

NIT: 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	11042750	DÍAS FACTURADOS
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.	381655479-7	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.12.2025 a 18.01.2026	

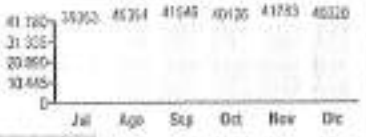
DATOS DEL USUARIO

NOMENCLATURA: Residencial

VEHÍCULOS: 0.000	ESTRATO: 2
DECENAS:	ANOC INCLUSIÓN: 2
% PARTICIPACIÓN: 6%	ANOC BARRIO: 2

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

HISTÓRICOS DE FACTURACIÓN



COSTOS PARA CALCULAR

COSTO FIJO TOTAL	COSTO EVITABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$49.676,56	$13.727,02	$157.729,57

FACTORES POR SUSCRIPTOR

BARRIDO	0.00210516
LIMPIEZA URBANA	0.00088911
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO	0.00001113
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS	0.08123324
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.83
AFORO NO APROVECHABLE	0.00

ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$73.001
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-29.352
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBI	$1

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO: $44.030

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

VIGENCIA DE LA FACTURA

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 44.030,00

NÚMERO DE CLIENTE
1013850-4

Documento Equivalente Electrónico No.
381655479-7

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

TOTAL A PAGAR
$86.210

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: 30

MICROCHIP: 900255003223128

FECHA: 06-a-26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Jorge

COLOR: Gris

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 3A

PESO: 11,5 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luisa Fernanda Vargas Zarate

DIRECCION: KR 134A 140 24

TELEFONO: 301 403 4464.

CEDULA: 1010 037 949

CORREO ELECTRÓNICO: vargas.luisa857@gmail.com.

BARRIO: Kasandra

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NF

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: 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
120	l/m	73	r/m	38 °c		1	seg	Rosa

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.)	1,2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,4 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento 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 21530 M. Veterinaria Dra Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530	FIRMA

FONTIBÓN

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento 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 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 autoriza al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X___ o **RECHAZO**_____ **la declinación de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención 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 Vargas	1010037997

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 **1.010.037.949**

VARGAS ZARATE

APELLIDOS

LUISA FERNANDA

NOMBRES

Luisa Vargas.

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-NOV-2000**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-NOV-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR(A)
JUAN CARLOS GALINDO

P-1500150-01048640-F-1010037949-20181205 **0063**436252A 1 11152

enel | Bogotá

1832819-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No.

40961

MIGUEL HERNANDO VARGAS
KR 134 A ND 14 D 24
BOGOTA, D.C. - KASANDRIA



Activa

VALOR $/kh APLICADO $766,09

CONSUMO EJANO 16,08 kWh

VALOR EJANO $12.881

PERÍODO FACTURADO: 30 DÍAS DESDE 23 ENE/2026

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 578 kWh

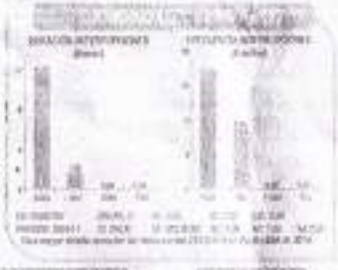
Evita estimaciones reportando la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía tan pronto termine el periodo de facturación

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	5,63
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100031 03000645
RUTA LECTURA:	1315350019
MANZANA DE LECTURA:	1850400350
MEDIDOR NO:	8501749
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA

Revisa tus cables regularmente. Mantenlos en buen estado de una forma sencilla de asegurar un consumo confiable y libre de riesgos



Registrate gratis

Descargate la App Enel Colombia

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 600 5 339 339

115

COMO PAGAR TU FACTURA?

Oficinas virtuales de Pago

Oficinas Virtual

Canales presenciales Bancarios

Red Virtual

Canales de Servicio

Almacenes de Cadena

COMPONENTES TARIFARIOS - Componentes del consumo - Vigencia: ENERO/26

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. - Av 4 No. 3-14 - 30

CLICLO LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. - Avenida No. 68 B 31 - 30

ASEA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. - Calle 125 A 91 28 Bodega 103-104

Línea de servicio al cliente 115

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 00:50:52
FECHA EXPEDICIÓN: 25/01/2026 10:50:20

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): 31

900255003223599

NO. ORDEN:

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Frijolito | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO | SEXO: HEMBRA | MACHO X | RAZA: mestizo | EDAD: 1A | PESO: 6.7 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI | NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI | NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Edwin Alexander Quintana Tibana

DIRECCION: CL17C No 134-70

TELEFONO: 3503975166

CEDULA: 1.051.266.097

CORREO ELECTRÓNICO: edwinf.banay@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: N.A

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

ULT. VACUNACION: NS/NR:

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/05/25 | PENTAVALENTE: dd/05/2025

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: 120 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC (seg | MUCOSAS: rosas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.3 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	0,25 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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 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 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 sitio 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:
Edwin	1051266097

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

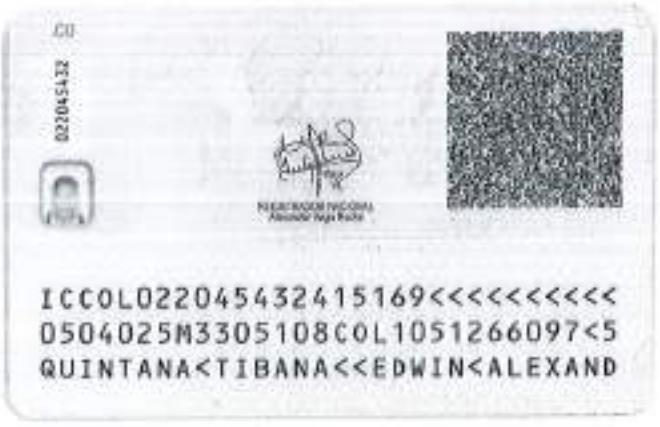
Nombres
EDWIN ALEXANDER

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.83
Sexo: M
Fecha de nacimiento: 02 ABR 2000
Grupo sanguíneo: O+
Lugar de nacimiento: CHISCAS (BOYACA)

Fecha y lugar de expedición
10 MAYO 2023, MOSQUERA

Fecha de expiración
10 MAYO 2033

Firma
Edwin


CO

02204532

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0220453241516 9<<<<<<<<<<
0504025M3305108COL1051266097<5
QUINTANA<TIBANA<<EDWIN<ALEXAND

enel Bogotá

2038351-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 9200550762

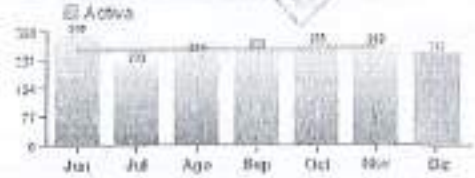
BENJAMIN SEPULVEDA DURAN
CL 17 C NO 134 -76 M2 J CA 13
VILLA ANDREA M2 J CA 13
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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





VALOR kWh APLICADO: $000,00
CONSUMO DIARIO: 0,33 kWh
VALOR DIARIO: $5.220

PERIODO FACTURADO: 20 NOVIEMBRE A 19 DICIEMBRE
DÍAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES: 347 kWh

¡Esto nos servirá para: a la LECTURA DE TU MEDICIÓN y tu CONSUMO de energía se encuentra disponible para ti!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,63
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	0003-03503042
RUTA LECTURA:	13-051-51-007
MANZANA DE LECTURA:	MSC651-10-10
MEDIDOR NO:	19366369
SUBCLASE:	Rústica

USO EFICIENTE DE ENERGÍA

Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Ej: no uses secadores, planchas o cargadores cerca de lavamanos o duchas.

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 6 315 135

115 Estrato 1 y 2

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales

Corresponsales Bancarios

Red Dale Hoy

Centros de Recaudo

Código QR

RED CADE

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROACTIVA AMBIENTAL DE SOLEDAD S.A.E.S.P. Cra 4 No. 31A-25

CLEAN CAPITAL BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6 B - 58

ATESA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 53 - 60 Local 103-104

Línea de servicio al cliente 115

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

FECHA GENERACIÓN: 2012/0825 01:07:01
FECHA EXPEDICIÓN: 2012/0825 12:44:03

$128.000 + $0 + $40.220 = $168.280

07 ENE /2026

09 ENE/2026

20 ENE /2026

2038351-1

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL $156.555

Ajustes a la factura
COMPENSAC CRED SEGN DTO 018
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA
SUBTOTAL $-28.555

$128.000

$0

ENERGIA

ASEO

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

830048122-9

NUMERO PARA CONSULTA EN LA CONSULTA

CUENTA CONTRATO 70200153

CUENTA DE SERVICIOS PÚBLICOS 378250876-2

PERIODO DE FACTURACIÓN 19.11.2025 a 18.12.2025

DIAS DEL USUARIO

Tarifa Residencial

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$67.034
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-26.814

COSTO TUD TOTAL $36.184,97

COSTO VARIABLE DE APROVECHAMIENTO $12.763,71

VALOR BASE APROVECHAMIENTO $164.690,58

BARRIDO	0.03246496
LAVADO DE ÁREAS	0.00133093
RECOLECCIÓN DEL APROVECHAMIENTO	0.00001407
DISPOSICIÓN DE APROVECHADOS	0.09902574
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.03
APROVECHAMIENTO	0.00

INFORMATIVO DEUDA TOTAL 49.208,58

NÚMERO DE CLIENTE
2038351-1

Documento Equivalente Electrónico No.
378250876-2

PAGO OPORTUNO
07 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$168.280

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.: 32 (Número de Historia Clínica)

MICROCHIP: SI Expiry Date: 2030/09/02 NO: 900255003223501

FECHA: 06-02-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: May

COLOR: Negro / fuego

ESPÉCIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 7 M PESO: 27 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: Danny Alejandro Suarez Restrepo

DIRECCION: Kr 105B # 16F43

TELEFONO: 3176959407

CEDULA: 1116274628

CORREO ELECTRÓNICO: dannysuarez970@gmail.com

BARRIO: El carmen

ESTRATO: 0

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Feb/26

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I II. III. IV. V. VI. E. CONDICION CORPORAL: 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	2.7 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	5.4 ml.	5-7mg/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	1 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ——

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindada 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 21530 M. Veterinaria Carolina Hernandez Médica 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, 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 Veterinaria 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:
	1106274628

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.116.274.628
SUAREZ RESTREPO
DANNY ALEJANDRO
COL
1.83
M
01 MAR 1997
A+
ARMENIA (QUINDIO)
08 MAR 2015, TULUA
14 FEB 2033


0144234151
ICCOL0144234150311O6<<<<<<<<<<<
9703016M3302141COL1116274628<7
SUAREZ<RESTREPO<<DANNY<ALEJAND

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 900.063.979-8
Calle 99 No. 13 - 45 Piso 1

2320470-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 978577363-1

VICTOR MANUEL GONZALEZ
KR 105 B NO 16 F 43
EL TAPETE FONTIBON
BOGOTA, D.C. - EL CARMEN FONTIBON

18 322 9894 / 10040804

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR KWH APLICADO $800,00

CONSUMO DIARIO: 0,23 kWh

VALOR DIARIO $571

PERÍODO FACTURADO: 02 NOV/2023 A 02 DIC/2023

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 6 kWh

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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

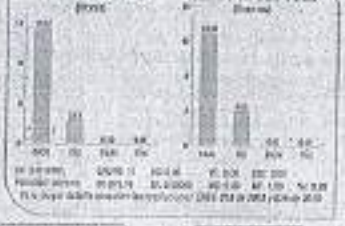


¡Gracias por reportar tu LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO diario, ayudas a mantener el servicio estable!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Industrial
ESTRATO:	0
CARGA KW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1306018002604
RUTA LECTURA:	1318061004
MANZANA DE LECTURA:	M1306048027
MEDIDOR NO:	10040804
SUBCLASE:	Única

HISTÓRICO DE CONSUMO



CONTÁCTANOS

Registrate/ingresa

Aplicación Móvil Enel Bogotá

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuita desde celulares

COMO CANCELAR TU FACTURA

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Baloto

Centros de Recaudo

Cajeros ATH

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. — TV 4 No. 31 B-20

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 6 B - 85

ASEO CAPITAL DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 104 # 91-19 Local 103-104

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV-2023

En esta factura vas un consejo adicional que corresponde a un valor no incluido en tu(s) factura(s) anterior(es), el cual aplica sobre el consumo en los últimos 5 meses, por una única vez y no afecta los consumos futuros, conforme a la Ley 142 (1994 (art 150)

FECHA GENERACIÓN
07/12/2023 01:12:46
FECHA EXPEDICIÓN
07/12/2023 12:12:14

FONTIBÓN

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA Número de Historia Clínica: 33

MI: 900255003223502

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ray

COLOR: Negro - fuego

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 2A PESO: 9.6 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Bohorquez Cajamarca

DIRECCION: Kra 135 No 15 b 05

TELEFONO: 3002986081

CEDULA: 52516099

CORREO ELECTRÓNICO: Sandracaca@gmail.com

BARRIO: Kasandra ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 15-01-2026

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.9 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.9 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 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 21530 M. Veterinaria Dra Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530

FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se advierte 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 antibulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Juan Pablo Bautista	52'516.099 Bta

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.516.099
APELLIDOS BOHORQUEZ CAJAMARCA
NOMBRES SANDRA
FIRMA



INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-1980
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
27-JUL-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

enel Bogotá

1068673-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 30160780-8

ISABEL CADENA DE B
KR 136 NO 18 B 06
BOGOTA- D.C. - KASANDRA

Activa

VALOR KWH APLICADO $765,05

CONSUMO DIARIO 3,01 kWh

VALOR DIARIO $1.063

PERIODO FACTURADO: 10 DIC.2025 A 20 ENE.2026

DIAS FACTURADOS: 72

CONSUMO MES 122 kWh

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

Ahora empiezas de pagar solo por la energía que consumiste.

Recuerda tomarle siempre la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encontrará dentro de lo normal.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	4
CARGA KW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1500315096201
RUTA LECTURA:	1315215070
MANZANA DE LECTURA:	1500053317
MEDIDOR MD:	1099[illegible]
DISCLAVE:	Casino

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 110

FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2026 05:27:53
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2026 11:41:12

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia clínica: 34

MICROCHIP: SI Número d. Expiry-Date: 2030/09/02 900255003223423

FECHA: 06-02-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Rocky

COLOR: amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA MACHO X

RAZA: Mestizo

EDAD: 78M

PESO: 9.6 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X

DURANTE LA VALORACION FRESENTA 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: Nicolay Castiblanco Figueroa

DIRECCION: Cl 17F N729-63

TELEFONO: 3133837435

CEDULA: 1016772060

CORREO ELECTRÓNICO: nicolaicastiblanco@gmail.com

BARRIO: Puente Grande

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnologo

TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR:

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

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa AGO/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 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	1.9 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 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 Médic. . etorinaria T.P : 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Carolina Hernandez 21530 M. Veterinario	FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paro respiratorio o cardíaco, 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 manifiesto 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:
• NICOLAY CASTIBLANCO	• 1016112060.

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.016.112.060
Apellidos
CASTIBLANCO FIGUEROA
Nombres
NICOLAY
Nacionalidad
COL
Estatura
1.70
Sexo
M
Fecha de nacimiento
08 AGO 1999
G.S.
A+
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
Fecha y lugar de expedición
18 AGO 2017, BOGOTA D.C.
Firma
Fecha de expiración
03 JUL 2034


CC
1049533998
REGISTRADOR NACIONAL
ICCOL049533998615001<<<<<<<<<<
9908084M3407035COL1016112060<1
CASTIBLANCO<FIGUEROA<<NICOLAY<

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

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



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



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 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 · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Plata · Banco de Bogotá · 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, 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. 800.086.812-8

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

vanti
Más formas de avanzar

CONSTRUCTORA BOLIVAR S.A.
CL 17F 129 63 T02 01110 - PUENTE GRANDE
BOGOTA

Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 0095202200000344446

Lote: P16GN **Ruta:** 0011840115060005180 **Código del Sector:** 331

Cuenta o referencia de pago **63972985**

vanti Listo

Compra [illegible] y paga a cuotas [illegible] 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 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

331 0011840115060005180 71567 C1

Factura de gas

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago: 63972985

BOGOTA

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	13M3	2.543,69	0,00	33.067,97
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	-3,74	0,00	-3,74
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	4.337,66	0,00	4.337,66
INTERESES FINANCIAMIENTO - GRAVAD	1UN	385,37	73,22	458,59

1 — Total **$42.040,48**

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.78 % Derecho Conexión Financiado	2/13	18.084,75	4.264,44	18.084,75
1.78 % Derecho Conexión Financiado	2/13	1.944,77	458,59	1.944,77

2 — Total **$20.029,52**

3 — Valor facturas vencidas

$0,00

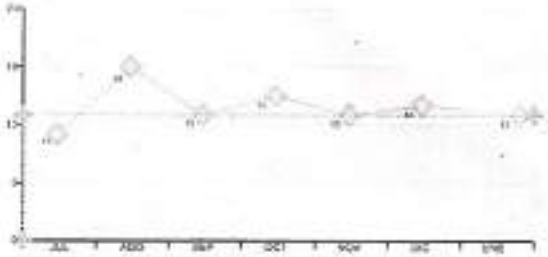
Total a pagar 1 + 2 + 3

$62.070,0

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	383	REAL
21 Ene. 2026	400	REAL

m³ corregido= 400 - 383 * Factor de corrección = 13

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

31 Jul. 2028

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

Agenda yo tu RPO aquí

Tarifas

El valor de 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

Gm: 1338.32 Tm: 549.31 Dm: 394.74 Cm: 2543.69
Pf: 64.32 Cvm: 0.0 Cvfm: 4180.0 Cvmm: 2543.69
Cm: 0.0 Pcom: 48.475 DALm: 0.0 DALmm: 0.0

kBtu/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 133
kWh y el precio unitario del kWh es: $243.451

Factor de corrección

Vm: 17 Km: 0.76928 Rt: 1.08992 Pt: 0.77105
Vc: 13 Tm: 13.68 Tz: 15.84 Pz: 1.81808
Pz: 0.761 Pm: 0.003 P pc: 1.3
Factor de corrección: 0.77105

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPC: 100.0



(415)7709998026025(8020)63972985(3900)000000000062070

71567

C1

Factura No. F1587980597

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES

HISTORIA CLÍNICA HC- Número de Historia Clínica: 35

MICROCHIP: 900255003223124 Número de Microchip

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tommy

COLOR: Negro cafe

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

RAZA: pincher

EDAD: 3A

PESO: 4.4 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ____ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ____ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Clara Virginia Rodriguez

DIRECCION: Calle 17c #136 -10

TELEFONO: 3224120537

CEDULA: 52.322.529.

CORREO ELECTRÓNICO: claritarodriguez314@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: NA.

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 02/2025

ULT. VACUNACION: NS/NR: ____

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa ____ TRIPLE: dd/mm/aaaa 02/2025 ____ PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa 02/2025

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: 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	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.)	0,4 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. Andrea 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

A. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Presento Vomito en el mes 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 REAUZAR 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



INDICE DERECHO

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

REGISTRADOR NACIONAL



A-1500150-00994765-F-0052322529-20100417 0000165897A 1 1710451006

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

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

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil. Tenerla.

tan fácil y seguro que es pagarla.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Pagos electrónicos en otras entidades

Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

Fija - Móvil: 164 ó 01 8000 919 052
01 8000 181 164

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.058.813-8

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. 3077101-1082987

Lote: P16GN **Ruta:** 0011840058540005100 **Código del Sector:** 434

Cuenta o referencia de pago **61885604**

vanti Listo

Compra televisores, electrodomésticos o gas, muebles y mucho más... ¡todo 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

KTRONIX

Políticas aplicables a cupo Vanti S.A. ESP. Gas Natural Comprimido S.A. ESP. Gas Natural del Oriente S.A. ESP. Gases del Caribe S.A. ESP. Gases del Cesar S.A. ESP. Gases del Norte del Sur S.A. ESP. Gases de la Guajira S.A. ESP. Gases de Occidente S.A. ESP. Gases de Risaralda S.A. ESP. Gases de Santander S.A. ESP. Gases del Tolima S.A. ESP. Gases de Urabá S.A. ESP. Gases de Zipaquirá S.A. ESP. Gases del Huila S.A. ESP. Gases de Sucumbíos S.A. ESP. Gases de Arauca S.A. ESP. Gases de Casanare S.A. ESP. Gases de Combeima S.A. ESP. Gases de Occidente de Colombia S.A. ESP. Gases de Oriente S.A. ESP. Gases de Pereira S.A. ESP. Gases de Quindío S.A. ESP. Gases de Sucre S.A. ESP. Gases de Sur Occidente

...la y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago 61885604

BOGOTA

NIT: 860.007.813-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
14 Ene. 2026	15 Ene. 2026	Nov. - Dic. 2025	24 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal 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%)	1UN	-19.482,76	0,00	-19.482,76
AJUSTE DECENA	1UN	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

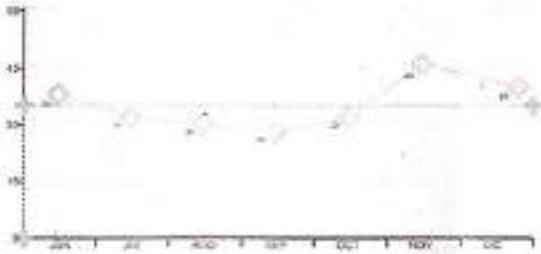
3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $90.610,0

Paga por PSE

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 corregido= 2451 - 2399 * Factor de corrección = 40

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

Novedades de tu factura

CuVa $ 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)00000000090610

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Ene. 2027

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en el reglamento técnico. *Resolución CREG 067 de 2015 y 131 de 2016.

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Cmc: 1024.73 Tm: 582.57 Dmc: 599.11 Cm: 0.0
P: 65.80 Dvec: 0.0 Dsfm: 0.0 Dsvm: 0.0
Cnr: 0.0 Tpoas: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjor: Tu consumo en m³ de gas equivale: 472
kWh y el precio unitario del kWh es: $191.971

Factor de corrección

Vm: 52 Rz: 0.76766 Pc: 1.03604 Pr: 0.77253
Vc: 40 Tm: 13.74 Tz: 15.56 Pz: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.0034 P pr: 1.0
Factor de corrección: 0.77253

Indicadores de calidad

IBST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPC: 100.0



Factura No. F1BF2330727

63992

C1

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZAC AS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 36

MICROCHIP: 900255003223138 Número de Microchip

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Max

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO___ SEXO: HEMBRA___ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 6A PESO 7.3 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: Yeni Paola Rodriguez

DIRECCION: Kra 136A #170-59

TELEFONO 3005251041

CEDULA: 1.015.994.691

CORREO ELECTRONICO: Yeniparola750@gmail.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 NA

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

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

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.7 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.4 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	0,3 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P: 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Caroliny Hernandez 21530 M. veterinaria	FIRMA Dra. Caroliny Hernandez Medica Veterinaria T.P 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 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:
Yeni Paola Rodriguez C.	1.015.994.691 Bta

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.015.994.691**

RODRIGUEZ CASTRO

APELLIDOS

YENI PAOLA

NOMBRES

Yeni Paola Rodriguez Castro

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-NOV-1985**

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

B+ G.S. RH

F SEXO

26-MAY-2004 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00836564-F-1015994691-20160616 0050120219A 1 1113961190

enel Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cuenta es: **4469900-3**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 39170291-2

MARIA MATILDE RIVERA DE TORRES
KR 136 A NO 17 D 92 Pt 1
FACHADA
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

14 351 8562 / 142512

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



Activa

VALOR KWH APLICADO	CONSUMO DIARIO	VALOR DIARIO
$755,00	0,65 kWh	$518

PERIODO FACTURADO: 20 DIC 2025 A 20 ENE 2026 | DIAS FACTURADOS: 32 | CONSUMO MES: 21 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA EE:	0,65
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1509151518062
RUTA LECTURA:	1216031013
MANZANA DE LECTURA:	1109004837
MEDIDOR NO:	142512
BARCLASE:	Básica

USO EFICIENTE DE ENERGÍA
Revisa tus cables regularmente. Mantén cubiertos los focos para no perder luz. Apaga completamente con el interruptor cuando no los estés usando.

CALIDAD DEL SERVICIO

CONTÁCTANOS
Chat de asistencia
Pregunta sin gracia
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Enel Colombia
Enel Colombia
Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 6 115 115
115 Disponible las 24 horas
Defensor del Cliente

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?
Medios virtuales de Pago
Billetera Virtual
Con tarjetas de Débito
Con tarjetas de Crédito
Red Efectivo
Centros de Servicio
Código QR
RED CADE
Almacenes de Cadena



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

FECHA GENERACIÓN: 20/01/2026 01:05:51
FECHA EXPEDICIÓN: 20/01/2026 11:11:12

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA HC - Número de historia clínica: 37

N° 900255003223134

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Jack. COLOR: Negro fuego

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Pinscher EDAD: 1 A PESO: 2.9 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jeimy Alejandra Soriano Perdomo

DIRECCION: Kra 111 bis No 22172

TELEFONO: 3025825938

CEDULA: 1.073.705.670

CORREO ELECTRÓNICO: Jeimyperdomo18@hotmail.com

BARRIO: Versalles Fontibon ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnologo

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

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

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: 170 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38°c TLLC (seg MUCOSAS: ROSA

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.5 mL	5-7mg/kg IV
		/ mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN G.P.B.I	0,3 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 ACEPTACIÓN 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 Médica Veterinaria T.P 21530

FIRMA

FONTIBÓN

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN.

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

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 sitio por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de identificación:
Jenny S.P.	1.073.705.610

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 1.073.705.670
SORIANO PERDOMO
APELLIDOS
JEIMY ALEJANDRA
NOMBRES
Jeimy S. P.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-OCT-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-NOV-2013 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO



P-1524700-66636673 F-1073705670-20140113 0026614524A 1 40654599

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas ingresa a tu cuenta en: 7766772-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 376019086-4

CLIENTE

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

15 312 8564 / 21513220

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

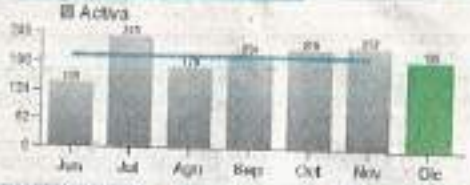
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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 $800.00

CONSUMO DIARIO 8.50 kWh

VALOR DIARIO $7.651

PERIODO FACTURADO: 18 NOV 2025 A 18 DIC 2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 195 kWh

¡Ahora nos interesa saber si la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1800315436884
RUTA LECTURA:	5315203840
MANZANA DE LECTURA:	MS0684019
MEDIDOR NO:	21513220
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Tarifas multipliales
Chat de servicios
Registro en línea
Zona privada de la página Web
Appli Enel Clientes Colombia

Bogotá, Soacha y Cundinamarca en **601 5 125 115**

115 Opción 1 las 24 horas

USO EFICIENTE DE ENERGÍA

Mientras los aparatos están bajo tierra del agua. Mientras estos electrónicos en, plancha o computadora cerca de lavaplatos o duchas.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.E.S.P. Tv 9 No. 91A-55

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

APEA LIMPIA CENTRO CAPITAL S.A.E. E.S.P. Calle 13 # 61-36 to 40 Local 101 121

Línea de servicio al cliente 110

En esta factura vea un concepto solidario que corresponde a un valor no incluido en tarifa (cobrado, el cual recibe el consumo de los últimos 6 meses, por una única vez y no afecta las consumos futuros, conforme a la Ley 142 1994 (art 150).

COMPONENTES TARIFARIOS | Componentes del costo | Vigencia: NOV 2025

FECHA GENERACIÓN 22/12/2025 01:30:15
FECHA EXPEDICIÓN 22/12/2025 12:46:11

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 38

MICROCHIP: 900255003223932 Número de Microchip

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Doggy

COLOR: Negro

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 3A

PESO: 8.0 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Liliana Sanchez Vera

DIRECCION: Kra 136A # 170 - 24

TELEFONO: 3132562090

CEDULA: 39.705.698

CORREO ELECTRÓNICO: 3132562090@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: NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 6/05/2025

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: 05/2025

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: Rosa

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 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 Veterinaria

FIRMA:

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

FIRMA:

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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 puede generar riesgos o reacciones adversas que se puedan suscitar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, 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:
Liliana Suarez	39705698

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/Teneder:	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 39.705.698
SANCHEZ VERA
APELLIDOS
LILIANA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1965
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-MAY-1984 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 830.059.997-6
KR 13 No. 13 – Cali

Tu número de cliente es: 2882085-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 361872035-0

BALTAZAR DURAN
KR 136 A NO 17 D- 28
0
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

NS 351 8867 / 1662582



VALOR kWh APLICADO: $708,69

CONSUMO DIARIO: 6,31 kWh

VALOR DIARIO: $3.736

PERIODO FACTURADO: 28 DIC/2025 A 23 ENE/2026

DIAS FACTURADOS: 27

CONSUMO MES: 282 kWh

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1900316351/0867
RUTA LECTURA:	1315310174
MANZANA DE LECTURA:	1650641855
MEDIDOR NO:	1662582
SUBCLASE:	Básico



USO EFICIENTE DE ENERGÍA

Evite las cadenas regulares de Mantenimiento en fuera estrella en una forma sencilla de asegurar un servicio confiable y libre de riesgos.

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
Chat de servicio
316 560 6000 (Llama/Bloquea)
Línea de emergencias
Oficinas de atención
Zonas privadas de la ciudad de Cali
App Enel Clientes Colombia

Horario de atención	Línea de atención	Página web
Seguridad, Bolívar y Cundinamarca 606 5 115 115	115 Opción 1 las 24 horas	601 514 4000

Envíanos tu PQR

COMO PAGO MI FACTURA?



PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROACTIVA ESP. S.A. E.S.P.

EMPRESA DE ASEO DE CALI S.A. E.S.P.

APROVECHAMIENTO CAPITAL S.A.S. E.S.P.

Línea de servicio al cliente 115

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

FECHA GENERACION: 23/01/2026 01:04:45
FECHA EXPEDICION: 23/01/2026 13:05:39

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACI... 5

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 39

MICROCHIP: 900255003223433 Número de microchip

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Niño

COLOR: Negro Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 9m PESO: 28.5 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 X CONCENTRADO ___ MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria del Carmen Gonzalez

DIRECCION: Kr 105B # 16F43

TELEFONO: 3193748462

CEDULA: 41.511.083

CORREO ELECTRÓNICO: 3143748620sinrorreo.com.

BARRIO: El Carmen ESTRATO: 0 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: 5° primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NR

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. 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: Rosas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.8 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	5.7 ml	5-7mg/kg IV
		___ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.9 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1.1 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realizacion del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

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

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Carolina Hernandez 21530 M Veterinario / 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, 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:
	41511063 Bgt

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 DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.511.083
GONZALEZ SANDOVAL

APELLIDOS
MARIA DEL CARMEN

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-JUN-1950
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

22-ENE-1973 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00064401 F 0051511083 20000604 0002M19730122 1 1110035074

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 830.059.916-9
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

2320470-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 0765773S3-1

CLIENTE

VICTOR MANUEL GONZALEZ
KR 105 B NO 16 F 43
EL TAPETE FONTIBON
BOGOTA, D.C. - EL CARMEN FONTIBON

18 332 9694 / 10040604

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

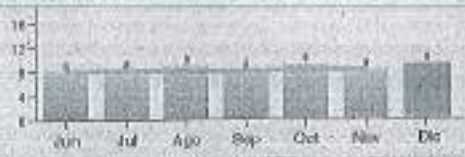
El hurto de energía puede causar accidentes, cortocircuitos y fallas en el servicio.

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR KWH APLICADO: $800.00

CONSUMO DIARIO: 0,03 kWh

VALOR DIARIO: $271

PERIODO FACTURADO: 22 NOV/2005 A 22 DIC/2005

DIAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES: 0 kWh

¡Entérate cuánto vale la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía de una forma sencilla y rápida!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	5,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10021405270604
RUTA LECTURA:	10160310004
MANZANA DE LECTURA:	M0906180007
MEDIDOR NO.	10040604
SUBCLASE:	Básica

USO EFICIENTE DE ENERGÍA

Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Realiza una mantenimiento preventivo a tus aparatos eléctricos.

CALIDAD DEL SERVICIO

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca
601 5 115 115

115 Gratuito

Línea de servicio al cliente 110

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

Billeteras Virtuales

Corresponsales Bancarios

Red Eléctrica

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Esta factura no es concepto adicional que corresponda a un valor no incluido en facturas anteriores, ni cobra ajustes sobre el consumo de los últimos 5 meses, por esta causa así lo dispone las comisiones futuras, conforme a la Ley 142 /1994 por 180.

FECHA GENERACIÓN: 22/12/2005 01:17:44
FECHA EXPEDICIÓN: 22/12/2005 15:12:14

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): 40

MICROCHIP: 900255003223592

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Taiwa

COLOR: Amarillo

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

RAZA: Pinscher

EDAD: 1 A

PESO: 1.9 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Mileydi Yusti Lopez

DIRECCION: CL 17C N. 139-70

TELEFONO: 3214226964

CEDULA: 52.240.693

CORREO ELECTRÓNICO: Sandrayusti77@gmail.com.

BARRIO: Puente grande

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

HEXAVALENTE: dd/12/2025 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: 23 r/m

TEMPERATURA: 38 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml	5-2mg/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. Aminola Marcela Diaz T.P: 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Carolina Hernandez 21530 M. veterinaria	FIRMA Dra. Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530

A. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento 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 reconozco 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 jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	52240603.

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:



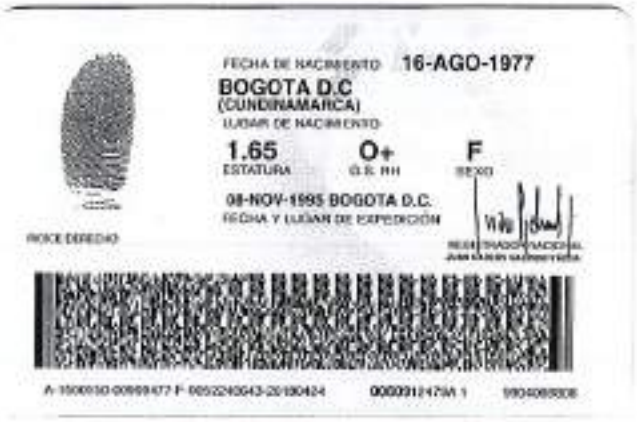
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.240.643
YUSTI LOPEZ

APELLIDOS
SANDRA MILEYDI

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-AGO-1977
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

08-NOV-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500100-00069477 F 0052240643-20100424 0000012470A 1 9804069308

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. ESP.
NIT: 860.063.875-8
Calle 83 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

2098546-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 2741073254

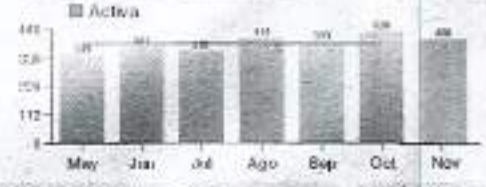
CLIENTE

RIGOBERTO CASTANO CASTANO
CL 17 C NO 134 70 MZ K CA 9
VILLA ANDREA MZ K CA 9
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

16 262 8597 / 1124973

¿Deseas la factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO DE CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $209,86

CONSUMO DIARIO: 13,60 kWh

VALOR DIARIO: $2.705

PERÍODO FACTURADO: 21 OCT/2025 A 19 NOV/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 408 kWh

¡Este mes queremos saber cómo fue la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía! Encuéntralo dentro de la factura

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD

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

Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia
¡Acércate a la sede de tu ciudad más cercana!
Crédito Fácil COOMEVA

Encuéntranos escaneando el código

*Sujeto a aprobación y al monto del crédito, entre cuanto al perfil del producto. Consulta más en www.creditofacilcoomeva.com

$ Go

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100031520597
RUTA LECTURA:	7319120481
MANZANA DE LECTURA:	M5300418[illegible]
MEDIDOR NO:	1124973
SUBCLASE:	Básico

USO RACIONAL DE ENERGÍA

Mantén las aparatos eléctricos lejos de fuentes de calor. Nunca uses secadores, planchas o cargadores cerca de cortinas o muebles.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Para más información visita: enel.com.co/es/personas/preferencial-clientes.html
Chatea con Enel: enel.com.co/es/personas/canal-de-atencion.html
018 000 9063 (Opción 1 para Asesor)
Escríbenos: @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de Instalaciones Web
App Enel Clientes Colombia

ATENCIÓN SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 5 115 115	115 Opción 1 las 24 horas	018 000 910 115 denuncias@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 Automático, Cajero Electrónico, UPF Enel/Otros Colombia, Botón de pago Otros, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Nequi, daviplata

Corresponsales Bancarios: Colpatria, Baloto, Efecty, Gana, Servi Gana, Punto Red, Provesi, Su Red

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Éxito, Alkosto

Código QR

PUNTOS DE ATENCION ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S.C.S.P.	TR 4 Nte 53 #125
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Eldorado # 69 D - 091
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 12H # 93 38 Int 2 Local 123 124

Línea de servicio al cliente 110

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

G: $356,47 T: $61,07 D: $107,93 CV: $76,66 PR: $58,36 R: $39,66 CP: $0,00 | $322,09 Costo/kWh $861

FECHA GENERACIÓN: 24/11/2025 01:28:08
FECHA EXPEDICIÓN: 24/11/2025 13:20:13

$291.100 + $0 + $22.900 = $314.000

03 DIC /2025

05 DIC/2025

ENERGÍA

2098546-0

19 DIC /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $291.056

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena

SUBTOTAL:

Pago: 03-Diciembre-2025
Factura #: 3747079240
$314.000:
#Referencia M1130042.
#cuenta: 2098546.

1 TOTAL ENERGÍA $291.100

Otros cobros de productos y servicios

03:04pm.

2 TOTAL OTROS $0

ASEO

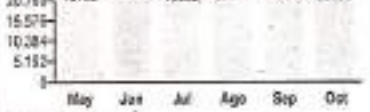
PRESTADOR: CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P

NIT: 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	11279217	UNIDADES
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.	374707929-0	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.10.2025 a 18.11.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$24.615
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-13.009
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-1
ASEO - RELIQUIDACION APROVECHA	$1.093
ASEO - INTERES POR MORA	$15

DATOS DEL USUARIO

Tipo Prestador: Residencial

VOLUMEN CUBO	ESTRATO: 3
DENSIDAD:	PRES. RECOLECCION: 1
% PARTICIPACION: 0%	PRES. BARRIDO: 2

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$ 10.038,57	$6.633,75	$154.980,98

NUMERO:	0.00216426
LIMPIEZA URBANA:	0.00133595
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001407
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.02000421
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
APORO NO APROVECHABLE	0.00

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL OTROS $22.900

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

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 22.900,00

NÚMERO DE CLIENTE
2098546-0

Documento Equivalente Electrónico No.
374707929-0

PAGO OPORTUNO
03 DIC /2025

TOTAL A PAGAR
$314.000

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 41

MICROCHIP: 900255003223517

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Telovi

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA pincher EDAD 4 años 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 ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Wilmer Javier Avellaneda Rodas

DIRECCION: CL 22 L 98A 20

TELEFONO: 3102999506

CEDULA: 98778762

CORREO ELECTRÓNICO: ledysalfonso@gmail.com

BARRIO: San Jose de fontibón

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA.

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

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/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: 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	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 estudios prequirúrgicos.

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

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Geolina Hernandez 21530 M. Veterinaria

Geolina 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: 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:
	98778762

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 98.778.762
AVELLANEDA RODAS
APELLIDOS
WILMER JOVAN
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 09-ENE-1986
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
16-ENE-2004 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

81

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860063875-8
Calle 93 No. 13 – 05 Piso 3

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0412348-8**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3016300056-5

4737

CLIENTE

ANTONIO MISAEL PARDO
CL 22 L NO 98 A 20
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - SAN JOSE DE FONTIBON

15 303 9569 / 143142

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

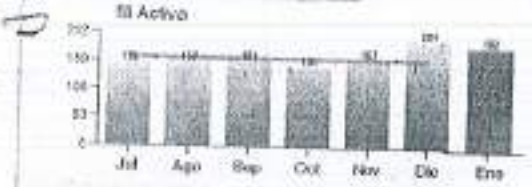
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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 asegurás de pagar solo por la energía que consumiste.



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $785,00

CONSUMO DIARIO: 4,90 kWh

VALOR DIARIO: $4.232

PERÍODO FACTURADO: 19/DIC/2025 A 19/ENE/2026

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 102 kWh

¡Estás muy atento/a a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se mantiene dentro de lo habitual!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kVA:	4,27
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1080925030083
RUTA LECTURA:	13153458083
MANZANA DE LECTURA:	M0209402387
MEDIDOR NO:	143142
SUBCLASE:	Barrio

HISTÓRICO DEL SERVICIO



CONTACTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 6 139 139

115

UPS SEGURO DE ENERGÍA

Evita los cortes programados. Una batería en tu hogar o negocio para tener energía cuando la necesites. Cotiza ya en enel.com/ups

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. — TV 4 No. 6-54 (P)

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 6 B - 75

ATESA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 25 # 51 2840 Local 103-104

Línea de servicio al cliente 110

PUNTOS AUTORIZADOS PARA PAGAR TU FACTURA

Medios Virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Efectivo

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

COMPORTAMIENTO TARIFARIO | Composición del costo: Vigencia: 01/2026

FECHA GENERACIÓN: 19/01/2026 06:14:55
FECHA EXPEDICIÓN: 20/01/2026 12:20:16

$135.430 + 2 Portafolio Enel X $0 + 3 Total Aseo $31.430 = Total a Pagar $166.860

PAGO OPORTUNO
02 FEB /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN O
04 FEB/2026

ENERGÍA

Número de cuenta: 0412348-6

Fecha de vencimiento: 17 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGÍA REACTIVA	17458	17208	162	1	162	162	$345.59	$150.707
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$0.00	$0
SUBSIDIO	Consumo subsidiado 130.00 kWh X		Valor kWh $265.0000	X	Beneficio 15.00 %			$5.288

ESTE MES LA FACTURA QUE SIGUE TIENE 31 DÍAS Y MAYO TIENE 31 DÍAS

SUBTOTAL: $135.438

Ajustes a la decena

Ajustes a la decena $2

SUBTOTAL: $2

Otros cobros de productos y servicios

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y gas

1 TOTAL ENERGÍA $135.430

2 TOTAL OTROS $0

Tan pronto se realice el PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora a la FECHA DE SUSPENSIÓN ajustar de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y con ajuste de los días hábiles, podremos con el plazo señalado, el costo por concepto de reconexión es hasta de $163.468

Usuario(a) que de no cancelar el valor de sus obligaciones dentro [illegible] en la base de PAGO OPORTUNO, estará incurso en mora, razón por la cual se realizará reporte negativo a las bases de información Financiera y estará por [illegible] de ocasionar en la misma, por 15 días y se cobrará gastos de cobro

ESTIMADO(A) USUARIO: El consumo de subsidio para el mes de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de 15.00 %

ASEO

Ciudad Limpia

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

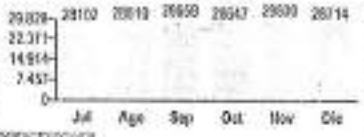
Act No. 3

Nit 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	10279984	DÍAS FACTURADOS
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS	301528350-5	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.12.2025 a 18.01.2026	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



DETALLE DE FACTURA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$36.978
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-5.547
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREG	$-1

DATOS DEL USUARIO

TIPO FACTURACIÓN: Residencial

VELOCIDAD CORTE	ESTRATO: 3
CERVERA	FREE RESIDENCIAL 3
TARIFA FACTURACIÓN (%)	FREE BARRIDO - 3

USUARIOS	Diseñados	Desconpuestos
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

ESTRATIFICACIÓN TARIFA

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VOLUMEN DE APROVECHABLE:
$20.339,29	$7.151,43	$157.722,57

CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN

ENRAIZO	0.00256516
LIMPIEZA URBANA	0.00038611
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO	0.00001113
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS	0.04123304
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.04
APORO NO 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 $1.400.00

NÚMERO DE CLIENTE
0412348-6

Documento Equivalente Electrónico No.
301528350-5

(415)7702069142533(8020)0104125348681(3900)166(3902)0000800015(96)0

PAGO OPORTUNO
02 FEB /2026

TOTAL A PAGAR
$166.860

Nro. Cuenta 0412348-6 41737

1 389 - Página 2 de 4

1 390 - Página 1 de 4

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACI

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia clínica: 42

MICROCHIP: 900255003223131 Número de Microchip

FECHA: 06-02-2025

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Firulay

COLOR: Cafe

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 3A

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 ___ MIXTO X OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luisa Fernanda Vargas

DIRECCION: Cra 134 #140-24

TELEFONO: 3014034464

CEDULA: 1.010.037.949

CORREO ELECTRÓNICO: vargas.luisa857@gmail.com

BARRIO: Kasandra

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 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/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: 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	0.8 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien he manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: 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

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragia, 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:
Juan Vargas	3010039919

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 **1.010.037.949**

VARGAS ZARATE

APELLIDOS

LUISA FERNANDA

NOMBRES

Luisa Vargas.

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-NOV-2000**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-NOV-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR(A)
JUAN CARLOS GALINDO

P-1500150-01048640-F-1010037949-20181205 **0063**436252A 1 11152

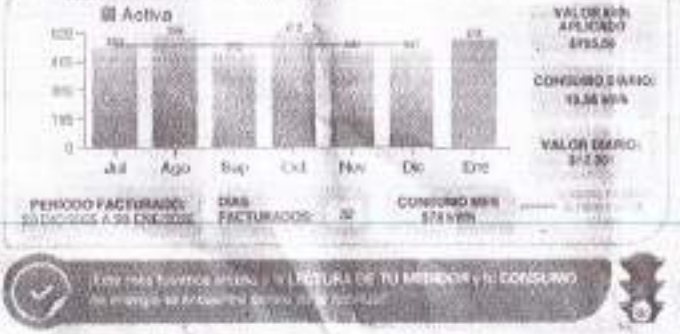
enel | Bogotá

1832819-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 381653547-6

MIGUEL HERNANDO VARGAS
KR 134 A NO 14 D 24
BOGOTA, D.C. - KASANDRA





INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA KW:	7.91
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	13
RUTA LECTURA:	13
MANZANA DE LECTURA:	M
MEDIDOR NO:	
MUNICIPIO:	Bogotá



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.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Canales Virtuales de Pago

Canales Virtuales

Corresponsales bancarios

Red Física

Centros de Servicio

Call y QR

RED CADE

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 115

COMPONENTES TARIFARIOS - Comparativa con costo

Vigencia: DICIEMBRE

FECHA GENERACIÓN
2021-2005 00:00:52
FECHA EXPEDICIÓN
2021-2005 10:50:20

4036