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: 43

MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003223581

FECHA: 06-02-26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mia

COLOR: calico

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 8 M PESO: 2.5 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Piedad Tobar Compos

DIRECCION: KR 138 #17A 36

TELEFONO: 3173613799

CEDULA: 63462178

CORREO ELECTRÓNICO: PiedadSofia2417@gmail.com

BARRIO: Charco Rural

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 0c1/25

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. 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: 18 r/m TEMPERATURA 38 °c TLLC 1 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	0.2 ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	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 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 N Veterinarios Dra. Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530	FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo 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 trayecto 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:
Piedad Tobar Campos	CC. 63462178.

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 63.462.178

Apellidos
TOBAR CAMPOS

Nombres
PIEDAD

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.55
Sexo: F
Fecha de nacimiento: 20 FEB 1973
G.S.: A+
Lugar de nacimiento
YONDO-CASABE (ANTIOQUIA)

Fecha y lugar de expedición
10 JUL 1991, BARRANCABERMEJA

Firma

Fecha de expiración
23 NOV 2032


CO

1007733325

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL1007733325027019<<<<<<<<<<
7302208F3211234COL63462178<<<6
TOBAR<CAMPOS<<PIEDAD<<<<<<<<<<

enel | Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **7059053-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 381550837-6

PIEDAD TOBAR CAMPOS
KR 139 MZ 17 A 36 PI 3 Y 4
PISO 3 Y 4
BOGOTA, D.C. - CHARCO RURAL

16 351 9400 | 17159758

¿Quieres ver tu factura mejor? Escanea el código

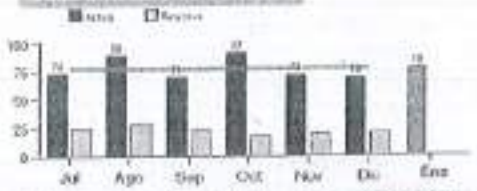
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR KWH APLICADO: $765,89

CONSUMO DIARIO: 2,44 kWh

VALOR DIARIO: $1.869

PERIODO FACTURADO: 20 DIC/2025 A 20 ENE/2026 | DIAS FACTURADOS: 32 | CONSUMO MES: 78 kWh

Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se presentará dentro de su rutafacturar

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,93
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1600316000100403
RUTA LECTURA:	1316311000E
MANZANA DE LECTURA:	1653316000104
MEDIDOR NO:	17159758
SUNCLAE:	Rural

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registrate gratis
Descargala de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Enel Colombia
@EnelClientesCO
Bogotá, Soacha y Sumapaz 601 5 139 135
Fuera de Bogotá 01 8000 115 115
Línea Gratuita Nacional
https://enelcontacto.enel.com.co/es/personas/defensoria-cliente.html
defensoria@enel.com.co

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios exclusivos de Pago
Oficina Virtual
Corresponsales Bancarios
Red Distrital
Centros de Servicio
Código QR
Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROACTIVA AMBIENTAL LOS HUMEDALES E.S.P. — TV 4 No. 91A-20
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Cayetá # 5-0 - 20
AREA LIMPIA LOS HUMEDALES CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 69 # 54-30 Local 102-104

Línea de servicio al cliente 115

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

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 01:08:34
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2026 11:05:19

CUDE: 7b6f1182ce6f2b7b5b6b1fe41d67e4d3a1f5d5d5a5a5a

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZ... INAS

Expiry-Date:2030/09/02

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 44

MICROCHIP: 900255003223432 Número de Microchip

FECHA: 06-02-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Mia			COLOR:	Cálico
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: Mestizo	EDAD: 2A	PESO: 3.2 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Belen Bedoya		DIRECCION: Ex 134B N 77F 26	TELEFONO: 3774602434
CEDULA: 41.913.474		CORREO ELECTRÓNICO: belenbedoya09@gmail.com	
BARRIO: Puente Grande	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud - Rescatada hace 2 meses.

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38 °c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.6 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Angela M... Diaz. Medica Veterinaria T.P. ...036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Cardinal Hernandez 21530 M. Veterinaria	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 puedan 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 acepta 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:
Belu Bedoya	41 913474 A.Q

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

al realizar raspado del animal se observa cicatriz en costado lateral derecho pero no hay lectura de microchip por lo cual se le pregunta al tenedor responsable si autoriza la intervencion para ratificar la esterilizacion.

Nombre del responsable/Tutor: Belu Bedoya Nro. Identificación: 41 913474 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 41.913.474

BEDOYA
APELLIDOS

BELEN
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-FEB-1964

SAN ANTONIO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54
ESTATURA

O-
G.S. RH

F
SEXO

09-DIC-1985 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

1 Total Energía $42.180 + 2 Portafolio Enel X $0 + 3 Total Otros $44.030 = $86.210

PRÓXIMO OPORTUNO
03 FEB /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN O
05 FEB/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 1013850-4

18 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGÍA ACTIVA	39 161	39 407	87	1	87	87	$765,06	$66 583
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$359,56	$0
SUBSIDIO	Consumo básico 120 kW/mes							$24,129

SUBTOTAL: $42.183

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISPUTAMOS, TE COSTÓ $42.183 (44,7%)

Otros cobros y descuentos a energía

Ajustes a la decena 0,3

SUBTOTAL: 0,3

1 TOTAL ENERGÍA $42.183

Otros cobros de productos y servicios

2 TOTAL OTROS $0

¡Recuerda que si no cancelas el saldo de tus obligaciones dentro de la fecha de PAGO OPORTUNO, tendrá un cobro asociado, ante lo cual te invitamos a revisar nuestro portal Web para conocer la información financiera y cobro por gestión de cobranza, la cual no supera los 40 días y es el único cobro de ley.

Tuvo en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el cobro por concepto de reconexión es de $181.883

ESTIMADO CLIENTE: El promedio de consumo para el cálculo de los periodos (130 kWh/mes) es de 26,21%

ASEO

Ciudad Limpia

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

ASE No. 3 NIT 830048122-9

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860063875-8
Calle 93 No 13 – 45 Piso 3

Para pagos y consultas su número de cliente es: 1013850-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No: 38955479-7

CLIENTE

HECTOR GONZALO FONSECA GUEVARA
KR 134 B NO 17 F 26
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

16 352 5905 / 873540

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

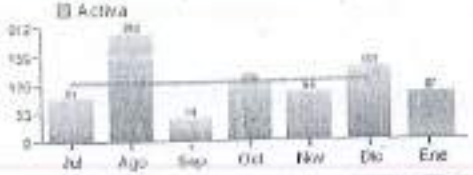
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $765,06

CONSUMO DIARIO 3,72 kWh

VALOR DIARIO $1.018

PERIODO FACTURADO: 18/DIC/2025 A 20/ENE/2026

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 97 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1002402528004
RUTA LECTURA:	1346202445

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Regístrate gratis

Suscríbete desde página Web

Síguenos en redes @EnelBogotá y para Ayuda

Vital Terminales y Servicios S.A.S. BIC - Nit 901.201.131-0 - Cra 69 # 25B - 44 Bodega 2 - Bogotá D.C. - NIT 860.201.131-0

$42.180 + $0 + $44.030 = $86.210

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
05 FEB/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CLIENTE 1013850-4

18 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGIA ACTIVA EP	30.00	20.00	67	1	67	67	4289.09	288.00
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	3289.65	0
SUBSIDIO	Consumo subsidiable 120.00 kWh X		Valor kWh 352.0000	0	Subsidio 20.00 %			288.00

ESTIMADO LA ENERGÍA QUE DISPONDRÁ EL SUSCRITO EN LA FACTURA

SUBTOTAL: $42.183

Ajustes a la decena

SUBTOTAL: $ 0

Otros cobros de productos y servicios

TOTAL ENERGÍA $42.180

TOTAL OTROS $0

Tan pronto supere la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses se sirva a la FECHA DE SUSPENSIÓN a pagar de lo contrario el servicio de luz no será suministrado y se acuerdo con los costos particulares de cargo fijo, el valor por consumo de energía mínima vital es de $320.883

Encontrará que no refleja el pago de sus consumos. Favor hacer caso omiso en la fecha de PAGO OPORTUNO. Esto ocurre en mora, el servicio de luz realizará reporte negativo a las bases de información financiera y podrá ser objeto de cobro de cargo fijo, 15 días y de 15 días en 15 días.

ESTIMADO CLIENTE: Esperamos que esta factura sea de su satisfacción. Cualquier inquietud estamos en la línea 195

ASEO

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

ASEO No. 3 NIT 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	11042716	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.	381655479-7	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.12.2025 a 18.01.2026	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$73.561
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-29.353
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEB	$1

DATOS DEL USUARIO

TIPO DE USUARIO: Residencial

ESTRATO: 3

PRES. RESIDENCIOS: 3

PRES. BARRIO: 3

UNIDADES	Disponible	Retirado/Hurto
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

COSTOS DE PRESTACIÓN

COSTO FIJO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR PARA APROVECHABLE
$48.676,58	$13.727,02	$137.722,57

COMPONENTES DE LA TARIFA

BARRIDO	$ 0.00256516
LIMPIEZA MENSUAL	0.00008811
PODADO DEL APROVECHAMIENTO	0.00001113
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS	0.05123204
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.03
APORO NO APROVECHABLE	0.00

MESES EN MORA 0

TOTAL ASEO $44.030

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

ESTADO DE CUENTA

INFORMATIVO DEUDA TOTAL $1.000.00

NÚMERO DE CLIENTE
1013850-4

Documento Equivalente Electrónico No.
381655479-7

(415)7707233014203(8020)1013850438165547973(3900)000000000086210

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

TOTAL A PAGAR
$86.210

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: 45

MICRC: 900255003223597

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Rokita

COLOR: Amaro - blanco.

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: mestizo EDAD: 5m PESO: 2 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Kendal stiv Saenz Angarita

DIRECCION: Kra 135 N. 16A 05

TELEFONO: 3218943085.

CEDULA: 1.001.049.786

CORREO ELECTRONICO: Kendalsaenz750@gmail.com.

BARRIO: Kasandra

ESTRATO: 0

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	04 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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 puedan presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden accidentar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	1001049286

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 1.001.049.286
SAENZ ANGARITA
APELLIDOS
KENDAL STIV
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 15-AGO-2002
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
27-AGO-2030 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 830.053.875-8
Carrera 13 No. 93 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas ingresa con el número de cliente en:

1576385-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 391870000-1

CLIENTE

JULIO ANGULO
KR 135 NO 16 A 05
BOGOTA, D.C. - KASANDRA

16 309 9368 / 1338993

¿Quieres tu factura Online? Escanea el código

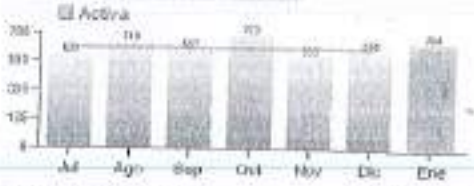
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $785.06

CONSUMO DIARIO: 22,31 kWh

VALOR DIARIO: $21.021

PERIODO FACTURADO: 20 DIC 2023 A 20 ENE 2024

DÍAS FACTURADOS: 32

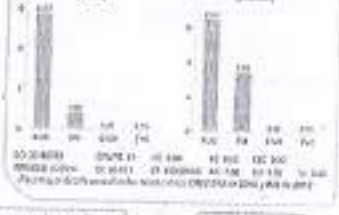
CONSUMO MES: 714 kWh

Aquí nos hemos acercado a la LECTURA DE TU MEDIDOR y su CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	0,48
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	103039538599
RUTA LECTURA:	1310180230
MANZANA DE LECTURA:	4808553218
MEDIDOR NO:	1338993
SIM CLASE:	Física

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 600 5 135 135

115 Grupo de emergencias

601 5140055 atencion@enel.com

USO EFICIENTE DE ENERGÍA

Planea tus citas regularmente. Mantenerlas en cada estado es una forma sencilla de empezar un entorno confiable y libre de riesgos.

CÓMO PAGAR TU FACTURA

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Baloto

Red Efecty

Red Gana

Red Multired

Red Super Giros

Red Cash

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Diciembre - 8/C 2023

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMEDIAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P.	Tv 116a Sur #9-20
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 80
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 91 20 Local 103-01

Línea de servicio al cliente: 110

Compara lo mejor de la energía a quienes le rescates. Puedes realizar tus compraventas en: www.enelbolsa.com/bolsa-decision "Comparto mi energía" Aporte sugerido: $67.285

FECHA GENERACIÓN: 20/01/2024 03:53:55
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2024 11:13:06

Factura impresa por Computador. Decreto 3530 de 2008. Resolución DIAN 18764000001 de 2019 Prefijo FEBC. Vigencia del RIPS: 2019/01/01 - 2020/01/01. Habilitación Secretaría Distrital de Salud No. 1100100100. Prestador: Tecnología, Energía y Servicios S.A.S. E.S.P. - NIT 830.201.191-8

$672.660 + $0 + $101.460 = $774.140

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN O
05 FEB/2026

18 FEB /2026

ENERGÍA — 1576385-9

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $672.664

Otros cobros en pesos y servicios

TOTAL OTROS $0

$672.660

ASEO — CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P — NIT 830046122-9

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO NO RESIDENCIAL	$87.408
ASEO - CONTRIBUCIÓN NO RESIDEN	$13.704
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREC	$-3
ASEO - INTERÉS POR MORA	$331

MESES EN MORA: 0

TOTAL ASEO $101.460

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

INFORMATIVO DEUDA TOTAL $101.460,00

NÚMERO DE CUENTE
1576385-9

Documento Equivalente Electrónico No. 3916749004

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

TOTAL A PAGAR
$774.140

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 46

MICE: 900255003223590

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mia | COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO Y | SEXO: HEMBRA Y MACHO ___ | RAZA: mestizo | EDAD: 7m | PESO: 2.2 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO Y

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO Y

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leidy Johana Herrera Anilla

DIRECCION: CL17C No 134-70

TELEFONO: 3228919644

CEDULA: 1.069.432.322

CORREO ELECTRÓNICO: herreraleidy204@gmail.com

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

ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA Y APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

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

FELINOS: 06/01/2026

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 170 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 mL	5-7mg/kg IV
		/ mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,4 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 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 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 8 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	1069432522.

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.069.432.522



Apellidos
HERRERA PINILLA

Nombres
LEIDY JOHANA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.53	F

Fecha de nacimiento
22 AGO 2006

Lugar de nacimiento
SAN JUAN DE RIOSECO (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
14 SEPT 2023, BOGOTA D.C

Firma
Leidyh

Fecha de expiración
15 SEPT 2033

.00

0313475831

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0334758312150O1<<<<<<<<<<
0508229F3309151COL1069432522<9
HERRERA<PINILLA<<LEIDY<JOHANA<

enel Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

2521481-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 38155043746

ENEL COLOMBIA S.A. ESP
NIT 900.699.879-9

NESTOR LAVERDE MARTINEZ
CL 17 C NO 134 70 MZ K CA 1
VILLA ANDREA MZ K CA 1
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

18 342 8398 / 28336944

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

Activa



VALOR kWh APLICADO $795.00

CONSUMO DIARIO 12,53 kWh

VALOR DIARIO $9.226

PERIODO FACTURADO: 28 DIC 2025 A 29 ENE 2026

DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 385 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

	Residencial
CLASE DE SERVICIO:	2
ESTRATO:	044
CARGA kW:	1
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1318
RUTA LECTURA:	1318
MARCHA DE LECTURA:	1318
MEDIDOR NO:	1318
SUBCLASE:	Bajoria

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 515 115

115 Gratuito las 24 horas

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROSEGUR AMBIENTAL DISTRITO S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6-B 20

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

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 123 # 54-39 Local 120

Línea de servicio al cliente 110

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios afiliados de Pago

Billetera Virtual

Código QR

Corresponsales Bancarios

Red Certificada

RED CADE

Centros de Servicio

Aliados de Cadena

FECHA GENERAC
29/01/2026 01:0
FECHA EXPEDI
23/12/2025 12:5

$263.239 + $21.100 + $22.010 = $306.349

03 FEB /2026

05 FEB/2026

18 FEB /2026

ENERGÍA — 2521481-4

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $263.239

Ajustes a la decena — SUBTOTAL: $1

COSTO DESCUPOS $21.100

$263.239

TOTAL CARGO $21.100

ASEO — CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P — 3 — 830015122-9

DINERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	11465336	DIAS LIQUIDOS
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No	381650427-6	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.12.2025 a 18.01.2026	



CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$20.889
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-14.678
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CASO	$-4

DATOS DEL USUARIO

Clasificación: Residencial

VIVIENDA: 3.000	ESTRATO: 3
DENSIDAD:	FACT. RECLAMACIONES:
% PARTICIPACIÓN: 4%	FACT. SUBSIDIO: 0

UNIDADES	Generadas	Entregadas
Residencial	1	0
No Residencial	0	0

COSTO FIJO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$20.308,26	$5.683,51	$157.722,57

BARRIDO	0.00256516
LIMPIEZA URBANA	0.00308611
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO	0.00301113
DISCRIMINADOS APROVECHABLES	0.00122324
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.02
APORTE NO APROVECHABLE	0.00

MESES EN MORA: 0

$22.010

APORTE/SUBSIDIO RESIDENCIAL	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	48%

INFORMATIVO DEUDA TOTAL $0.00

NÚMERO DE CUENTE
2521481-4

Documento Equivalente Electrónico No.
381650427-6

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

TOTAL A PAGAR
$306.349

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: 47 (Número de Historia clínica) | MIC: 900255003223589 | FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kitty | COLOR: gris

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA mestizo | EDAD 2 A | PESO: 3 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Edgar Mateo Tellez Ospina | DIRECCION: Kra 134 N-17F 34 | TELEFONO: 3107855874

CEDULA: 1.011 081.002. | CORREO ELECTRÓNICO: mateo3ospina@gmail.com.

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

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa ___ LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: 11/12/2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.6 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 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

FONTIBÓN

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será 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 aclaro los riesgos que se puedan presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, 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:
	1011081007

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.011.081.002

Apellidos
TELLEZ OSPINA

Nombres
EDGAR MATEO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.70

Sexo
M

Fecha de nacimiento
25 DIC 2004

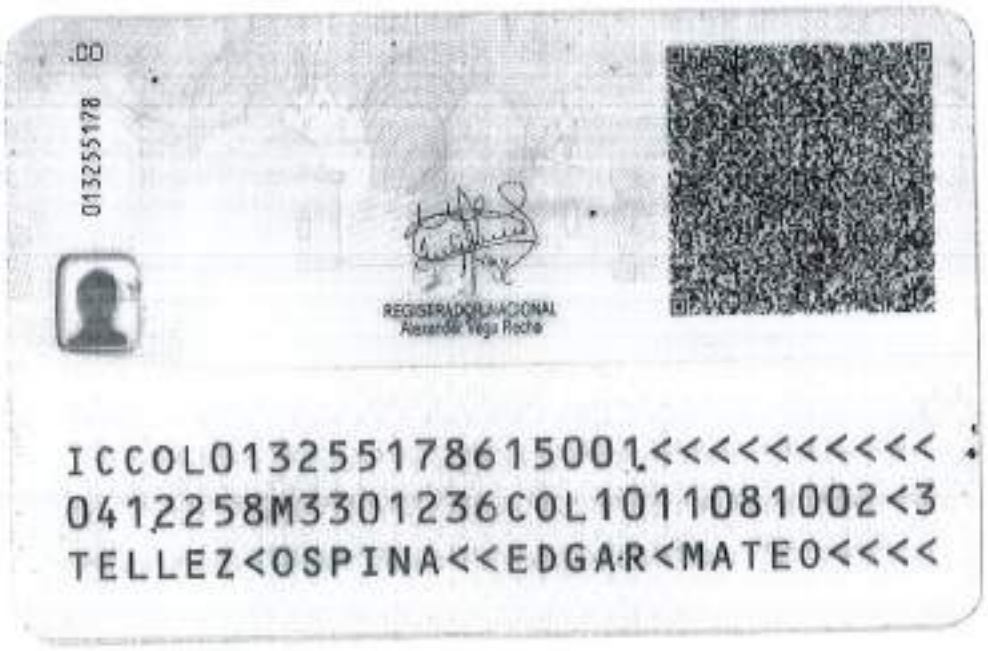
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
18 ENE 2023, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
23 ENE 2033

Firma



.CO

01325517 8

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL013255178615001<<<<<<<<<<<
0412258M3301236COL1011081002<3
TELLEZ<OSPINA<<EDGAR<MATEO<<<<

enel Bogotá

Para pagos y consultas su número de cliente es:

7427352-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 38161005-6

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 800.021.811-0
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 3

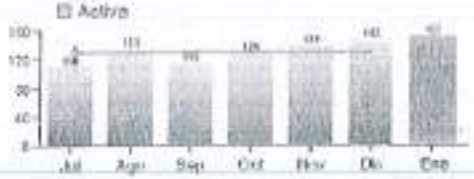
CLIENTE

CLAUDIA LILIANA OSPINA YANGUAS
KR 134 NO 17 F 34 PI 2
PISO 2
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

66 252 6956 / 20934456

CONSUMO FACTURADO EN kWh



VALOR kWh APLICADO: $785,69

CONSUMO DIARIO: 4,75 kWh

VALOR DIARIO: $2.500

PERIODO FACTURADO: 30 DICIEMBRE A 29 ENERO 2020

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 152 kWh

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea promedio 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.



¡Ahora más sencillo! Envíe la LECTURA DE TU MEDIDOR y su CONSUMO de energía se encuentra dentro de su factura!

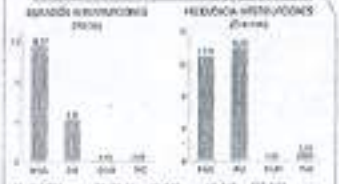
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA (kW):	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	6003161031005
RUTA LECTURA:	1316120104
MANZANA DE LECTURA:	M000641510
MEDIDOR NO:	20934456
SUBCLASE:	Básico

USO SEGURO DE ENERGÍA

Revisa tus cables regularmente. Mantenlos en buen estado para asegurar un entorno confiable y libre de riesgos.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Escríbenos a nuestras redes sociales

Chat de servicios

Registrate gratis

Zona privada de tu página Web

App Enel Clientes Colombia

EMERGENCIAS	SERVICIOS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 515 155	115 Desde fijo las 24 horas	601 5140055

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Efectivo

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadenas

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P.	TV 4 No. 56A-05
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 00
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 120 # 54-30 Int 1 Local 103 CC

Línea de servicio al cliente 115

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del recibo — Vigencia: DIC/2019

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2020 01:03:05
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2020 13:34:07

$80.300 + $0 + $22.020 = $102.320

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
05 FEB/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 7427352-6

18 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGIA ACTIVA								
ENERGIA REACTIVA								

ESTE MES LA ENERGÍA QUE SUMINISTRAMOS TE COSTÓ $X POR KWH

SUBTOTAL: $80.303

Agregue a la cuenta

SUBTOTAL: $-3
$-3

Otros cobros de productos y servicios

1 TOTAL ENERGÍA $80.300

2 TOTAL OTROS $0

Si no pagas la factura en PAGO OPORTUNO podrás generar intereses en mora y la TASA DE SUSPENSIÓN podría cobrarse antes de lo que indicamos en esta factura. Para evitar que ocurra esto, paga a tiempo y evita cobros adicionales.

Importante: Que en mi cuenta el pago de sus obligaciones dentro PAGO OPORTUNO. Esta información aparece solo en la factura impresa y en la factura electrónica en el portal de usuarios. Si no paga después 15 días y se reconsiderará la tasa de interés.

ASEO

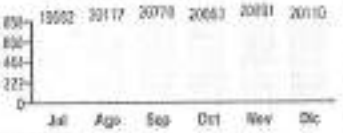
PRESTADOR: CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P

ASE No. 3 NIT 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

		DÍAS FACTURADOS
CUENTA CONTRATO	70255864	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS N°	381675025-0	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	16.12.2025 a 16.01.2026	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$36.030
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-14.676
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBI	$0
ASEO - INTERES POR MORA	$0

MESES ENMORA: 0

3 TOTAL ASEO: $22.020

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

DATOS DEL USUARIO

CANTIDADES	Ocupados	Desocupados
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS UNITARIOS

COSTO FIJO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$20.335,29	$6.853,51	$157.722,57

TARIFAS APLICADAS AL SUSCRIPTOR

BARRIDO	0.00256516
LIMPIEZA URBANA	0.00038811
RECAUDO DEL APROVECHAMIENTO	0.00001113
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS	0.00123324
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.03
RESIDUO NO APROVECHABLE	0.03

MENSAJE DE INTERÉS

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $2.580.00

NÚMERO DE CUENTE
7427352-6

Documento Equivalente Electrónico No.
381675025-0

(415)7707220014253(8020)0074273520381675025(3900)000000(96)20260203

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

TOTAL A PAGAR
$102.320

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: 48

MICF: 900255003223421

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Galleta | COLOR: gris-negro

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO___ | RAZA: mestizo | EDAD: 6m | PESO: 2.9 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO___

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nathaly Michel Gonzalez Bolivar | DIRECCION: CL 17 C No 134-70 | TELEFONO: 3209543929

CEDULA: 1.025529967 | CORREO ELECTRÓNICO: nathalygonzalez2705@gmail.com

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

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m | F. RESPIRATORIA: 33 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.5 mL	5-7mg/kg IV
		/ mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.1 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 examenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P : 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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:
NG	1025529967

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

Apellidos
GONZALEZ BOLIVAR

NUIP 1.025.529.967

Nombres
NATHALY MICHEL

Nacionalidad
COL

Estatura
1.65

Sexo
F

Fecha de nacimiento
11 JUN 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
21 JUN 2024. BOGOTA D.C

Firma

Fecha de expiración
21 JUN 2034



CO

1048938286

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL048938286150O1<<<<<<<<<<
0606114F3406212COL1025529967<3
GONZALEZ<BOLIVAR<<NAT[redacted]<MICH

FACTURA EN LÍNEA



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

vanti



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

¡Ahórrate el incremento de tarifa del 2026!

Publicidad a cargo de las empresas que conforman el Grupo Vanti. Circulares externas 0012/2025 y 0180/2024. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Puedes aplicar a la misma con cualquier organismo de inspección autorizado 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 puedas pagar las facturas de una o varias cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar la factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Bancolombia · Nequi · Dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

CANAL SOLUCIONES DE COMERCIALIZACIÓN S.A.S. NIT. 900.896.812-8

¡Hola!

ROSALBINA CASTRO
CL 17C 134 70 MZL C01 02 00003 - PUENTE GRANDE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120220003817501

Lote: P16GN Ruta: 0011840110002005000 Código del Sector: 331

Cuenta o referencia de pago **63747223**

vanti Listo

Compra productos o contratación de servicios, cuando quieras, donde quieras, y paga a cuotas a través de tu factura de gas

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

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 8373
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

Recuerda que puedas elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 1340 de 2023.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

331

9311840110002005000

PRESS

Factura de gas

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago 63747223

BOGOTA

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	M³	2.599,74	0.00	17.358,44
MENOS SUBSIDIO (58%)	FUN	-5.828,40	0.00	-5.828,40
AJUSTE DECENA	FUN	0.04	0.00	0.04

1 — Total $11.770,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

3 — Valor facturas vencidas

$0,07

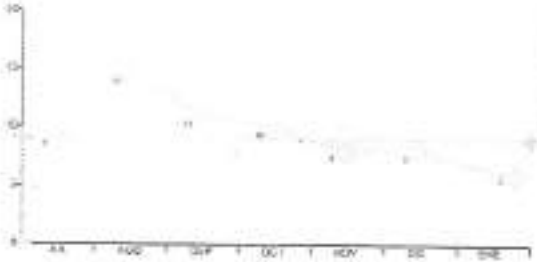
Total a pagar 1 + 2 + 3

$11.770,07

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso: Residencial | Estrato/Cat.Uso: | Días de consumo: 33

Fecha	Lectura	Tipo
20 Dic. 2025	885	REAL
21 Ene. 2026	893	REAL

m³ corregidos: 893 - 885 * Factor de corrección = 8

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 May. 2027

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



(415)7709998026025(8020)63747223(3900)0000000001177O

70165

C1

FONTIBÓN BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 49

MICHI: 900255003223436

FECHA: 06-02-2026.

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Cñopeta

COLOR: negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: mestizo EDAD: 1 A PESO: 2.5 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO ___

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nathaly Michel Gonzalez Bolivar

DIRECCION: CL 17C N. 134-70

TELEFONO: 3209643929

CEDULA: 1.025.529.967

CORREO ELECTRÓNICO: nathalygonzalez2705@gmail.com.

BARRIO: Puente grande

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 25-01-2026

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA		F. RESPIRATORIA		TEMPERATURA		TLLC		MUCOSAS
140	l/m	23	r/m	38	°C	1	seg	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 (S.P.B.)	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 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	Dra Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530	FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: 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 manifieste como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor: NG	Nro. de Identificación: 1025529969

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
NUIP 1.025.529.967
GONZALEZ BOLIVAR
NATHALY MICHEL
COL
1.65
F
11 JUN 2006
O+
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
21 JUN 2024. BOGOTA D.C.
21 JUN 2034


ICCOL04889382861500l<<<<<<<<<<
0606114F3406212COL1025529967<3
GONZALEZ<BOLIVAR<<NA<MICH

Por favor doblo y rasgo para abrir la factura

FACTURA EN LÍNEA



Escanea el código QR escríbenos 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 contratan en Grupo Vanti. Consulta vigencia entre el 15/12/2025 y 18/01/2026. Promoción válida únicamente para usuarios en gas natural residencial. Puedes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC. Ver Tic 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 · Multi · Bancolombia · BBVA · Bancolombia · Banco Pichincha · Nequi · daleI

*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 Ghl Subrenera

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.048.812-8

Se ha iniciado el envío por Mail a la dirección electrónica registrada en nuestra base de datos. Si usted no recibe esta factura por favor actualice su información en nuestra página web www.grupovanti.com/pagos-en-linea/ o en nuestras oficinas de atención al cliente. Recuerde que puede elegir su canal de preferencia para comunicaciones de acuerdo a la Ley 2300 de 2023. Para ejercer el derecho de habeas data consulte nuestra política de tratamiento de información en la página web www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Por favor doblo y rasgo para abrir la factura

¡Hola!

ROSALBINA CASTRO
CL 17C 134 70 MZL C01 02 00003 - PUENTE GRANDE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120220003817501

Lote: P16GN Ruta: 001184011602003003 Código del Sector: 331

Cuenta o referencia de pago **63747223**

vanti Listo

Tu cupo Vanti Listo aprobado es: **$ 4.800.000**

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 81 21
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor doblo y rasgo para abrir la factura

331 0611045110682003000 P16GN 70185 C1

Factura de gas Enero 2026

Cuenta o referencia de pago **63747223**

BOGOTÁ

NIT: 830.007.813-5
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
CONS. CON SUBSIDIO	6M3	2.993,74	0,00	17.906,74
MENOS SUBSIDIO (29%)	1UN	-5.929,40	0,00	-5.929,40
AJUSTE DECENA	1UN	0,04	0,00	0,04

1 – Total $11.770,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

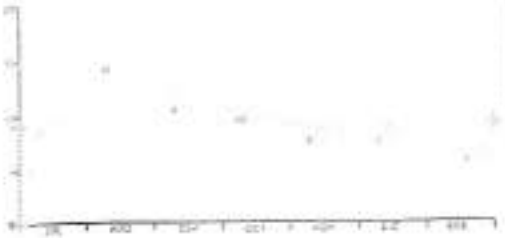
3 – Valor facturas vencidas **$0,07**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$11.770,07**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Dpt | Días de consumo 33

Fecha	Lectura	Tipo
20 Dic. 2025	583	REAL
21 Ene. 2026	593	REAL

el corregido: 593 - 586 * Factor de corrección = 6

Tu próxima lectura será: Entre 18 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

(415)7709988026023(8020)63747223(3900)00000000011770

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 May. 2027

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

Este mes (Ene): $2584

Oct. $2748 Nov. $2742 Dic. $2671

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad





70185

C1

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 Nº Número de Historia Clínica: 50

MI: 900255003223510

FECHA: 06-02-2025.

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kirra

COLOR: Calico

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___ RAZA mestizo EDAD 6m PESO: 3.2 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

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

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO__ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO__ FERRO DE CUADRA__ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Judith Vera Cartagena

DIRECCIÓN: AC 17 No 137-60

TELEFONO: 3143076220

CEDULA: 38234413

CORREO ELECTRÓNICO: 3143076220@gmail.com

BARRIO: Rentz grande ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Primaria NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 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: rosa

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Angela Marcela Diaz Médica veterinaria T.P: 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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 socializa 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 he sido informado, he comprendido y aceptado.

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de identificación:
Ana Gud. Rivera C.	38234413

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 38.234.413
VERA CARTAGENA
APELLIDOS
ANA JUDITH
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 08-ABR-1957
GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-ENE-1977 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL



A-1500150-00066607-F-0038234413-20180104 0052004287A 1 8902033743

FACTURA EN LÍNEA



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



vanti

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

¡Ahórrate el incremento de tarifa del 2026!

Publicidad a cargo de los afiliados que contratan al Grupo Vanti. Campaña válida entre el 15/12/2025 y 18/01/2026. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residenciales. Puedes agotar tu relación con cualquier organismo de inspección autorizado ante la ONAC. Ver Tic 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 · Baloto · Bancolombia · BBVA · Davivienda · Banco AV Villas · GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Popular · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Daviplata · Efecty · dale!

*Puede adicionalmente inscripción o débito automático

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banca GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

*Si conectas con choices, este debe ser de gasoducto y a nombre de Vanti S.A. ESP

Eficiencia energética

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

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.085.812-8 (018)27-001005 VANTI

¡Hola!

CONSTRUCTORA LAS GALIAS S.A.S
AC 17 132 80 T06 01002 - PUENTE GRANDE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120230003901575

Lote: P19GN Ruta: 0011840115020005020 Código del Sector: 331

Cuenta o referencia de pago **63989168**

vanti Listo

Compra televisor, celular o gas, motos, muebles, más, y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti Listo

¡TU COMPRA EMPIEZA escaneando el QR!



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

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

Comunicate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4104

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

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

331

0011840115020005020

Página

Factura de gas

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago **63989168**

BOGOTA

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 10 Feb. 2026

2 — Fecha de suspensión: 11 Feb. 2026

3 — Periodo facturado: Dic. - Ene. 2025

4 — Emisión de tu factura: 28 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	SMD	2.543,89	0,00	12.719,45
FIJO	1 UN	4.160,00	0,00	4.160,00
AJUSTE DECENA	1 UN	2,40	0,00	2,40
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1 UN	6.025,45	0,00	6.025,45
INTERESES FINANCIAMIENTO - GRAVAD	1 UN	466,47	92,43	578,90

1 — Total **$23.505,20**

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1,78 % Derecho Conexión Financiado	2/17	18.189,87	5.933,02	18.189,87
1,78 % Derecho Conexión Financiado	2/17	1.774,63	578,90	1.774,63

2 — Total **$19.964,80**

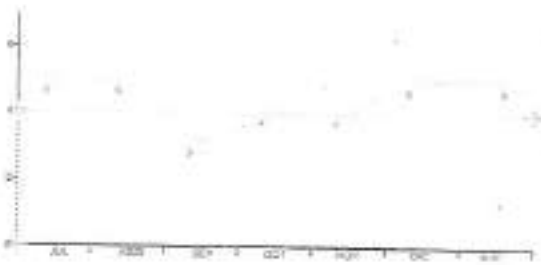
3 — Valor facturas vencidas: **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3: **$43.470,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato Cat. Tres — Días de consumo 33

Fecha	Lectura	Tipo
20 Dic. 2025	132	REAL
21 Ene. 2025	138	REAL

m³ corregido= 138 - 132 * Factor de corrección = 8

Tu próxima lectura será: Entre 18 y el 21 de Febrero

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Oct. 2028

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

Este mes es de $2544.

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

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



(415)7709998026025(8020)63989168(3900)000000000043470

70/97

C1

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 51

MIC: 900255003223940

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mia

COLOR: blanco - amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: mestizo EDAD: 1 A PESO: 3.8 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yasmin Astrid Prieto Robles

DIRECCION: CL 23B N. 113-79

TELEFONO: 3152664973

CEDULA: 52480.082

CORREO ELECTRÓNICO: Yazprieto24@gmail.com.

BARRIO: Atahualpa

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 24-12-2025.

ULT. VACUNACION: NS/NR: X.

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m F. RESPIRATORIA: 73 r/m TEMPERATURA: 38°c TLLC (seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	BLACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.7 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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ADEPTACION 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	Dra Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530	FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se 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:
yasmin ABRIL R	52 490082 Bogota

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

Durante el procedimiento no se encuentran Organos comprometidos con adherencias y cuerpos extraños se evidencia granulomatosis hepatica se explica a los propietarios y aprueban verificacion nuevamente y se encuentra misma informacion

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 52.480.082
PRIETO ROBLES
APELLIDOS
YASMIN ASTRID
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-DIC-1977
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
05-JUL-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

enel Bogotá

1890350-5

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3014771137

RECIBIDO 26 ENE 2026

MIREYA MURCIA
CL 29 B NO 113 70 BO 12 AP 524
INT 12 APTO 524
BOGOTA, D.C. - ATAHUALPA

Activa

Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene
54	72	54	36	36	18	36

VALOR KWH APLICADO: $733.65

CONSUMO DIARIO: 1,13 kWh

VALOR DIARIO: $701

PERIODO FACTURADO: 15 DIC 2025 A 19 ENE 2026 | DÍAS FACTURADOS: 32 | CONSUMO MES: 36 kWh

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

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	1.84
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1006310205014
RUTA LECTURA:	1315310708
MANZANA DE LECTURA:	M5206410
MEDIDOR NO:	64484
SUBCLASE:	Basica

USO SEGURO DE ENERGÍA

Revisa tus conexiones regularmente. Mantener todo en buen estado es una forma sencilla de asegurar un entorno confiable y libre de riesgos.

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: (601) 5 115 115

115 Opción 1

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago | Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios | Red Efectivo | Cajeros de Bancolombia | Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS - Componentes del costo: Vigencia: DIC 2025

FECHA GENERACIÓN: 22/01/2026 08:22:40
FECHA EXPEDICIÓN: 22/01/2026 12:39:21

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: 52

900255003223588

ID:

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: clementina

COLOR: gris-blanco-naranja

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___ RAZA: mestizo EDAD: 3.A PESO: 2.2 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

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

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO X COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Juliana Santago Morales

DIRECCION: CL17C No 136-62

TELEFONO: 3227387547

CEDULA: 1000519244

CORREO ELECTRÓNICO: Sabesa2907@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: 12-2025

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m F. RESPIRATORIA: 28 r/m TEMPERATURA: 37.5 °c TELC 1 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: -

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: -

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

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

FORTIBÓN

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 leve inflamación en el punto de punción, existe 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:
Lauras	CC 1000 519 244

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.000.519.244

Apellidos
SANTIAGO MORALES

Nombres
LAURA LUZIANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
23 DIC 2002

G.S.
O-

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

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

Firma

Fecha de expiración
28 DIC 2032


0113710645

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0113710650150O1<<<<<<<<<<
0212230F3212286COL1000519244<7
SANTIAGO<MORALES<<LAURA<LUZIAN

enel Bogotá

Para pagar y consultar tu factura ingresa en: 2101772-7

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Cra 69 No. 13 – 45 Piso 1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 378218067-7

CLIENTE

JULIO A RAMOS MEDINA
CL 17 C NO 136 62 AP 101
PRADOS DE LA ALAMEDA
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

18 351 0261 / 19348467

¿Quieres tu factura digital? Escanea el código

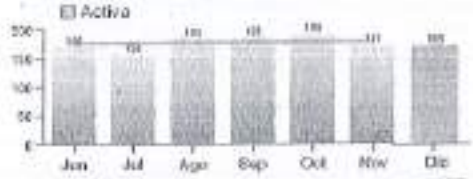
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $690,09

CONSUMO DIARIO 6,63 kWh

VALOR DIARIO $4,340

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

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 199 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	18003163910051
RUTA LECTURA:	13163150104
MANZANA DE LECTURA:	MB0041806
MEDIDOR NO:	19348467
SUBCLASE:	Básico

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 8 115 115

115 Opción 4 las 24 horas

Línea gratuita nacional 018000 115 115

USO SEGURO DE SU FACTURA

Mantenga los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca use extensiones, prendido o cargadores cerca de lavaplatos o duchas.

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Bancos Virtuales

Corresponsales Bancarios

Red Directa

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

FONDO MIXTO DE LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE DESASTRES

CODENSA EMPRESA DE ENERGÍA BOGOTÁ S.A. E.S.P.

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

Línea de servicio al cliente 115

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del cargo: Vigencia: NOV 2025

En esta factura nos encontramos actualizando el valor correspondiente a un valor no incluido en facturas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y se aplica los consumos bajos, conforme a la Ley 142 1994 (art 150)

FECHA GENERACIÓN: 23/12/2025 01:07:13
FECHA EXPEDICIÓN: 23/12/2025 14:07:19

D.JDC: 5df11c1 ae8a2 e0c6a5a1ca2 7bcc1c0ca4a4ca4ca4ca

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 53

MICROC: 900255003223591

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mia | COLOR: Beige

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: mestizo | EDAD: 9m | PESO: 3.4 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: German Fabian Montenegro Ortiz

DIRECCION: CL17F No 135B09

TELEFONO: 3132454471

CEDULA: 1.018.426.920.

CORREO ELECTRÓNICO: Yermanmontenegro@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: 05-02-2026

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: 170 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: rosas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 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 Anestesiologo], suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia [esterilización/castración], quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes preoperatorios.

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

FONTIBON

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y he aclarado 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:
	1018426920.

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.018.426.920

MONTENEGRO ORTIZ

GERMAN FABIAN

COL

1.67

M

26 MAR 1989

A+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

23 JUL 2007, BOGOTA D.C

10 MAR 2033

Firma


CO

0183064512

REGISTRADURIA NACIONAL

ICCOL0183064512150O1<<<<<<<<<<
8903266M3303104COL1018426920<6
MONTENEGRO<ORTIZ<<GERMAN<FABIA

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 tu número de cliente es: **2040880-4**

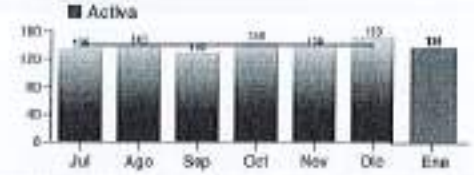
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 28166867-9

CLIENTE

JAIME BUITRAGO BARRAGAN
CL 17 F NO 135 B 09 PI 2
PISO 2
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

16 351 9090 / 19312485

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $785,09

CONSUMO DIARIO: 4,31 kWh

VALOR DIARIO: $2.160

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 138 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 131 kWh

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

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100031631903B
RUTA LECTURA:	13163112403
MANZANA DE LECTURA:	1003631903
MEDIDOR NO:	19312485
SUBCLASE:	Basico

USO RACIONAL DE ENERGÍA

Revisa tus cables regularmente, mantenerlos en buen estado es de vital importancia para evitar un corto circuito y un incendio.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

DILIGENCIA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 6 116 116	115 Disponible las 24 horas	601 6140000 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

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. — TR 4 No. 91A-25

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Bosa # 86 - 55

AM ASEO LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A. E.S.P. — Calle 130 # 58-3360 Local 120, 124

Línea de servicio al cliente 115

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

FECHA GENERACIÓN: 23012026 01 01 55
FECHA EXPEDICIÓN: 23012026 12 58 08

CamScanner

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 54

900255003223929

NO: ____ adip: ____

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Negra

COLOR: blanco-negro

ESPECIE: CANINO ____ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ____ RAZA: mestizo EDAD: 1. A PESO: 2.4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ____ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ____ NO X

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

ORIGEN: NS/NR ____ RESCATADO ____ COMPRADO ____ ADOPTADO ____ REGALADO ____ FERIO DE CUADRA ____ OTRO criado en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Aurora Alvarez Soto

DIRECCION: CL 17 DBIS No 135A21

TELEFONO: 3218648301

CEDULA: 52.20493.

CORREO ELECTRÓNICO: alvarezsotoauroradelcarmen@gmail.com

BARRIO: Florencia

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Universidad

TIPO DE VIVIENDA: CASA ____ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: ____
22-01-2026	N.R	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: 16/12/2025

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: ____

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 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 (S.P.B.)	0,2 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ____

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P : 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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 conozco 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:
	5220493

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL
MIGRACIÓN
NO. 5220493
COL
ALVAREZ SOTO
AURORA
VEN
F
10687486
6-09-1970
31-03-2022 BOGOTA D.C.
30-05-2031
VISIBLES
aurora


IPCOL5220493<<5<<<<<<<<<<<<<<<
7009068F3105308VENE1987870<<<2
ALVAREZ<SOTO<<AURORA<<<<<<<<<<
MIGRACIÓN

SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

Mundo digital Vanti

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

pse
Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de una o varias distintas contratos en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Davipuntos · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra redes sociales como @grupovanti y conoce nuestros iniciativas.

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800096.812-8 TOMO 21703203 VANTI

¡Hola!

ALEXANDER CONDE
CL 17D BIS 135A 21 00001 - FLORENCIA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5107104-57539

Lote: P16GN **Ruta:** 0011840057070005100 **Código del Sector:** 434

Cuenta o referencia de pago **61835700**

vanti LISTO

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

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

vanti LISTO

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.

Por favor doble y rasgue para abrir la factura

434 - 0011840057070005100 - 64687 - C1

Factura de gas

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago: 61835700

BOGOTA

NIT: 900.007.813-3
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=[A*B]+C
CONS. SIN SUBSIDIO	40M3	2.543,69	0,00	101.747,60
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	2.899,74	0,00	57.994,80
MENOS SUBSIDIO (32%)	1UN	-18.761,32	0,00	-18.761,32
AJUSTE DECENA	1UN	-1,08	0,00	-1,08
Vanti Max	1UN	11.924,37	2.265,63	14.190,00

1 – Total $155.170,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

3 – Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $155.170,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
21 Dic. 2025	11484	REAL
22 Ene. 2026	11562	REAL

m³ corregido= 11562 - 11484 * Factor de corrección = 60

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

Novedades de tu factura

Cuota $ 2543,69
Estimado cliente recuerde que tiene entre Sep/2025 y el 28/02/2026 para realizar la Revision Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/03/2026 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

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
28 Feb. 2026
La revisión de la instalación interna es la responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones CREG de 2012 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2544.
Oct. $2748 Nov. $2742 Dic. $2571

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

Componentes tarifarios

Gm: 1335.32 Tm: 648.21 Dm: 594.74 Cm: 0.0
P: 64.22 Cmc: 0.0 Cutm: 0.0 Cuem: 0.0
Cam: 0.0 Fpcm: 42.475 DALINR: 0.0 DALINR: 0.0

Mjm³Tu consumo en m³ de gas equivale: 708
kWh y el precio unitario del kWh es: $189.126

Factor de corrección

Vm: 70 Kr: 0.76667 Kt: 1.00883 Pc: 0.77173
Vc: 60 Tm: 13.86 Tc: 15.56 Pm: 1.01068
Pa: 0.751 Pm: 0.0234 P pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77173

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPU: 100.0



(415)7709998026025(8020)61835700(3900)0000000155170

Factura No. F158756399

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de registro Clínica: 55

MICROCHIP: SI / NO — 900255003223926

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES — PROTECCIONISTA — COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luli — COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X — SEXO: HEMBRA X MACHO ___ — RAZA: mestizo — EDAD: 7m — PESO: 2.7 KG — RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Margarita Aldana Gonzalez

DIRECCION: Kra 137A N-17F01

TELEFONO: 3213928393.

CEDULA: 39749405

CORREO ELECTRÓNICO: 3213928393@sin correo.com.

BARRIO: Charco roral — 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.R

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa 12/2025 — LEUCEMIA: dd/mm/aaaa — RABIA: dd/mm/aaaa 12/2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m — F. RESPIRATORIA: 23 r/m — TEMPERATURA: 38 °c — TLLC 1 seg — MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICAON		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 (S.P.B.)	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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento quirúrgico

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MEDICA VETERINARIA T.P. 45036 — ela Diaz terinaria 336	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530	FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Margarita Aldana Gonzalez	39749405

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.749.405
ALDANA GONZALEZ

APELLIDOS
MARGARITA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-ENE-1966
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

19-JUL-1986 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860063875-6
Cra 11 No. 82 - 71 Piso 7

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1909176-1**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 391500747.2

CUENTE

MARGARITA ALDANA GONZALEZ
KR 137 A NO 17 F 01
BOGOTA, D.C. - CHARCO RURAL

18 351 8726 / 1000984

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

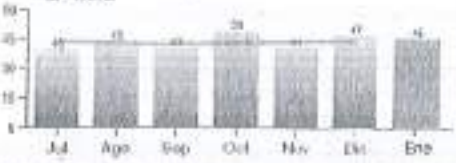
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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.



El Activo



VALOR kWh APLICADO: $703.69

CONSUMO DIARIO: 1,44 kWh

VALOR DIARIO: $687

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

DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 46 kWh

¡Ahora más fuentes acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de tu hogar!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA KW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	Y09W0035187J6
RUTA LECTURA:	1353131033
SEMANA DE LECTURA:	14545543000
MEDIDOR NO:	1000984
SUBCLASE:	Basico

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

SERVICIO TELEFÓNICO AL CLIENTE: Bogotá, Bolívar y Cundinamarca 603 5 105 115

EMERGENCIAS: 116

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

MODO AHORRO DE ENERGÍA

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

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. — TV 4 No. 5-94 (2)

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 6 B - 00

ASEA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 128 B 94 30/40 Local 101-104

Línea de servicio al cliente 116

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

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 01:08:02
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2026 11:45:10

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: 56 (Número de historia clínica)

MIC: 900255003223503

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mona

COLOR: Arena

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: mestizo EDAD: 6m PESO: 2.4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Pablo Antonio Uribe Laguado

DIRECCION: CL 17C No. 134-80

TELEFONO: 3133977213.

CEDULA: 88.179.492

CORREO ELECTRÓNICO: pablourbe@hotmail.com.

BARRIO: Puente grande ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: ___

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 11.2025.

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno-

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLC: 1 seg MUCOSAS: Rosadas

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 (S.P.B.)	0,2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P : 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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 suficiente la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se explica los riesgos que pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	88179492

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 88.179.492
URIBE LAGUADO
APELLIDOS
PABLO ANTONIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-ABR-1978
SALAZAR
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
02-MAR-1998 SALAZAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

A-1500150-01075069-M-0088179492-20190514 0065334070A 1 9907995446

FACTURA EN LÍNEA



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



vanti

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

¡Ahórrate el incremento de tarifa del 2026!

Publicidad a cargo de los anunciantes que conforman el Grupo Vanti. Campaña válida entre el 15/12/2025 y el 15/1/2026. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Puede aplicar condiciones adicionales de la EPAC. Ver Tyc en www.grupovanti.com/RPO

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Nequi · dale!

*Permite automáticamente inscripción e débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Sistebanking Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

Atención presencial
Ingresa a **www.grupovanti.com** y conoce los pasos para ser

¡Hola!

PABLO ANTONIO URIBE
CL 17C 134 80 I07 00001 - PUENTE GRANDE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5107104-23522

Lote: P16GN Ruta: 0011840111044005000 Código del Sector: 331

Cuenta o referencia de pago **61494424**

vanti Listo

Compra lo que quieras, cuando quieras, como quieras, en la tienda que prefieras

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.767.564**

vanti Listo

¡TU COMPRA EMPIEZA escaneando el QR!



¡Compra ya!
Fácil, rápido y lista 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 9171
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.058.830-4

331

0011840111044005000

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago **61494424**

BOGOTA

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

vanti

Más fuerza de ovalhos

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspension	Periodo facturado	Emisión de tu factura
10 Feb. 2026	11 Feb. 2026	Dic. - Ene. 2026	28 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	10M3	2.898,74	0,00	[illegible]
MENOS SUBSIDIO (39%)	1UN	-9.350,65	0,00	-9.350,65
AJUSTE DECENA	1UN	-0,81	0,00	-0,81
RECAUDO TERCEROS Crioscopia Proteo	0	82.447,00	0,00	82.447,00
RECAUDO TERCEROS Punto seguro Asoi	0	15.946,00	0,00	15.946,00
RECAUDO TERCEROS Cursos Psicologia	0	9.690,00	0,00	9.690,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - 60 CTA	1UN	276,89	0,00	276,89

1 – Total **$97.603,81**

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1,44 % Visita RPO Cliente Residencial	11/12	8.188,19	236,88	8.188,19

2 – Total **$8.166,19**

3 – Valor facturas vencidas

$0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3

$105.770,0

Paga por

Escaneo +

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
20 Dic. 2025	5620	REAL
21 Ene. 2026	5633	REAL

m³ corregido= 5633 - 5620 * Factor de corrección = 10

Tu próxima lectura será

Entre 18 y el 21 de Febrero

Novedades de tu factura

Saldo $ 2942,81

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 Revision Periódica Obligatoria

28 Feb. 2030

La revisión periódica obligatoria de la instalación interna de gas natural y sus artefactos, es requisito para mantener la vigencia de la póliza de mantenimiento. Resolución CRA No. 067 de 2007 y 4100 de 2017

Agenda en tu RPO aquí

Tarifas

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

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

Tarifa negociada con la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Cm 1335,38 Pm $48,21 Dm $91,74 Cv 0,0
Pr 64,58 Cuv 0,0 Cdm 0,0 Cuvr 0,0
Com 0,0 Fpuv 42,475 TASA 0,0 CMUVC 0,0

Mcm=Tu consumo en el mes de gas expresado en m3

$/Mcm=El precio unitario de la factura es $ 2.544,0000

Factor de corrección

Vm 10 Pcr 0,75887 Pt 1,00662 Fc 0,77170
Vc 10 Tm 13,88 Tpr 15,39 Fz 1,01332
Pc 0,751 Pm 0,8234 P pc 1,0
Tpcr= 0,77170

Indicadores de calidad

IGUT 100,0 CCC 0,0 CI 100,0 IAV 100,0







FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 57

900255003223129

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kathy

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA mestizo EDAD 6m PESO: 39 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Oscar Orlando Garzon Quiroga

DIRECCION: CL14B N. 116-70

TELEFONO: 3107693751

CEDULA: 80.804.521

CORREO ELECTRÓNICO: oscargarzon707@gmail.com.

BARRIO: El charco 1 ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

En buen estado Salud.

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: ——

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 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 Anestesiologo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

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

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL: 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 solicitar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaró 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:
Oscar Garzón	80 804 521

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 80.804.521



GARZON QUIROGA

OSCAR ORLANDO

COL | 1.65 | M

13 ENE 1985 | A+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

15 ENE 2004 BOGOTA D.C.

14 DIC 2032





ICCOL0108277724150O1<<<<<<<<<<
8601137M3212149COL80804521<<<5
GARZON<QUIROGA<<OSCAR<ORLANDO<

Bogotá

Para pagar y consultar su recibo en cuanto es

2508818-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No.

CANALES ANDRADE Y CIA S EN C
CL 14 B NO 116 70 BQ 23 CA 15
LA ESTANCIA DEL CAMINO SALAZAR
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO I

16 303 0472 / 962995

¿Quieres ahorrar tiempo? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa

VALOR kWh APLICADO: $785,00

CONSUMO DIARIO: 0,00 kWh

VALOR DIARIO: $0

Jul Ago Sep Oct Nov Dic Ene

PERIODO FACTURADO: 22 DIC/2025 A 20 ENE/2026 | DÍAS FACTURADOS: 32 | CONSUMO MES: 0 kWh

¡Este mes te vamos a pedir la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía! Encuentra dónde lo hallarás!

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 asegures de pagar solo por la energía que consumiste.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLAVE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	0,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1080316303472
RUTA LECTURA:	13163038180
MANZANA DE LECTURA:	MG0662532
MEDIDOR NO.:	962995
SUBCLASE:	Básica

HISTÓRICO CONSUMO

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Opción 1 en 24 horas	

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROACAMBIENTAL DE ORIENTE E.A.S.P. E.S.P. — Cra 4 No. 104-25

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 6 B - 38

ASEO CAPITAL DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 129 # 54 - 38 Int 1 Local 103-104

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del servicio

Vigencia: DIC/2025

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 08:17:41
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2026 17:09:16

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC- (número de historia clínica) 58 | NI 900255003223130 | FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dafne. | COLOR: Gris

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA mestizo | EDAD 1 A | PESO 3 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Mariela Casallas Castro | DIRECCION: CL 17D No. 111 A 23 | TELEFONO 3016696593.

CEDULA: 41704026 | CORREO ELECTRÓNICO: mariluccasallas@gmail.com.

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

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 01-2026 | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 10-2025.

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

FELINOS:
TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 10-2025.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 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	0.3 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	0,2 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento 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 paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se acepta 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:
	41704024

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 41704026

CASALLAS CASTRO
APELLIDOS

LUZ MARIELA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-JUN-1958
TUTA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-FEB-1977 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500197-42704026-F-19581806-20010410 1927 00332A 02 80541183

enel Bogotá

ECOLÓGICO

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860 063 875-8
Carrera 13 No. 93 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1779719-3**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 381905137-1

24946

CLIENTE

LUZ MARIELA CASALLAS CASTRO
CL 17 D NO 111 A 23 PI 2
PISO 2
BOGOTA, D.C. - VILLA CARMENZA

17 317 8675 / 24205694

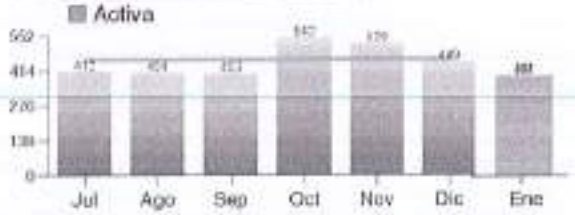
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $785,09

CONSUMO DIARIO: 12,25 kWh

VALOR DIARIO: $9.159

PERIODO FACTURADO: 21 DIC/2025 A 21 ENE/2026

DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 392 kWh

CONSUMO PROMEDIO 12 MESES ANTERIORES 155 kWh

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

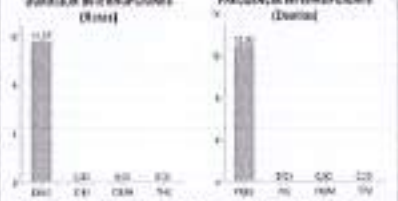
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	8,87
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10003173178575
RUTA LECTURA:	13173178136
MANZANA DE LECTURA:	M500641718
MEDIDOR NO:	24205694
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

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

Canal de servicio en enel.com.co/es/personas/canal-de-atencion.html

320 000 8003 (Elena Bot a paso Amor)

Enel Colombia @EnelClientesCO

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	600 5140066 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Bancos · Internet · Tarjetas Bancos · Débito Automático · Cupón Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online · Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual

dale! · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONTRED · efecty · Reval · HOMBRED · Safecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Jumbo · Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante de pago. El valor del consignado no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2025
G: $287,05 T: $54,14 D: $288,68 CV: $75,80 PR: $58,75 R: $15,78 CF: $0,00 / $780,09 Costo kWh Mes

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.N E.S.P.	TV 4 No. 51A-05
CELEMO LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-36/40 Local 129-134

Línea de servicio al cliente 110

FECHA GENERACIÓN: 26/01/2026 00:34:31
FECHA EXPEDICIÓN: 26/01/2026 14:02:12

ACTIVIDAD CUNDINAMEA 2014 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.81 por mil. Iva no autoretenedores según Resolución No. 0047 de 29 de enero 2020. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1995.

Sobre el contenido de la presente factura el Usuario cuenta con los mecanismos de objeción previstos en la Ley 142 de 1994, pudiendo hacer uso de dicho activo de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, línea de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Nuevos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el acta de suspensión cruzado el número de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa prueba a la suspensión del servicio."

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

En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2011, consultar www.creg.gov.co

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

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el usuario para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjanos a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

CUDE: 1132b35dc40267d8c941fe3a3eaa4462b911f3b4b13e8656f3dc652fe8f9862d20fcaa3431c2863f0fe3911db8a26a39b4d1b

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del sw: CloudFinanciero - NIT 900.351.181-1

Fecha de impresión: Computador conectado a Internet. 26/01/2026 14:02:12

15436 - Página 1 de 6

FONTIBÓN

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 333-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA (Número de Historia Clínica): 59	MICRO: 900255003223512	FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Grace				COLOR: Gris atigrado	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: mestizo	EDAD: 6m	PESO: 2 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Aleyda Chacon Franco		DIRECCION: Kra 135 No 17-35.	TELEFONO: 3213672469
CEDULA: 39763246		CORREO ELECTRÓNICO: 3213672469@sincorreo.com	
BARRIO: Florencia	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N.R.	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 11.2025.	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___
		CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 11.2025.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	140	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	0.2 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 mL	5-7mg/kg IV
		/ mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P : 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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 Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información acerca del procedimiento de implantación del microchip y se socializan 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:
Aleydachacon	39763246

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:

AUTORIZACIÓN/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 39.763.246
CHACON FRANCO
APELLIDOS
ALEYDA
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 27-OCT-1973
GUAVATA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-MAR-1992 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

FACTURA EN-LINEA



Escanea el código QR incluido en tu factura y empieza a disfrutar los ahorros desde el primer mes.

vanti



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

¡Ahórrate el incremento de tarifa del 2026!

Publicidad a cargo de las empresas que conforman el Grupo Vanti. Campaña válida entre el 16/12/2025 y 18/01/2026. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Puedes reportar tu variación con cualquier organismo de inspección acreditado ante la SNIC. Ver T&C en www.grupovanti.com/PPO

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de uno a varios contratos asociados en una sola transacción.

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Banco de Bogotá · Banco Popular · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivalor · Dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARNAVAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 900.606.612-8

¡Hola!

CONSTRUCTORA CAPITAL BOGOTA SAS
KR 135 17 35 T03 00819 - FLORENCIA
BOGOTA

Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120210003761597

Lote: P16GN **Ruta:** 0011840052550005040 **Código del Sector:** 434

Cuenta o referencia de pago **63601595**

vanti Listo

Compra
Activa tu cupo Vanti Listo y paga hasta en 60 cuotas a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

0011840052550005040
63649
C1

vanti Listo

¡TU COMPRA EMPIEZA escaneando el QR!



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

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

Recuerde que puede elegir su canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

Cuenta o referencia de pago 63601595 BOGOTA

NIT 900.097.813-5 Vanti S.A. ESP. www.grupovanti.com

vanti

Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 Pago oportuno 10 Feb. 2026

2 Fecha de suspensión 11 Feb. 2026

3 Periodo facturado Dic. - Ene. 2025

4 Emisión de tu factura 26 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS FIJO	4.0	2.543,69	0,00	10.174,76
AJUSTE DECENA	1 UN	4.180,00	0,00	4.180,00
	1 UN	-4,76	0,00	-4,76

1 – Total $14.350,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

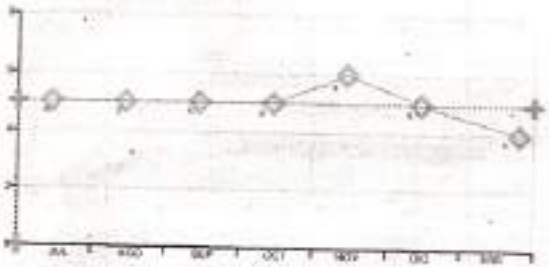
3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $14.350,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Con. Tres Días de consumo 35

Fecha	Lectura	Tipo
20 Dic. 2025	252	REAL
23 Ene. 2026	257	REAL

m³ corregido= 257 - 252 * Factor de corrección = 4

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 Dic. 2026

La revisión de la instalación interna de tu inmueble debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Res. Vigentes 059 de 2017 y 41165 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Cm: 1335.33 Trm: 549.21 Dm: 504.74 Cm: 2543.69

Pr: 64.39 Cvnc: 0.0 Cvfm: 4180.0 Cvmc: 2543.69

Cvm: 0.0 Fpm: 43.475 DALNR: 0.0 DALNR: 0.0

Ajuste* Tu consumo en m³ de gas equivale: 42 kWh y el precio unitario del kWh es: $265.42

Factor de corrección

Vm: 5 Kz: 0.76828 Kt: 1.00000 Pz: 0.77135

Vc: 4 Tm: 13.66 Tc: 15.56 Pc: 1.01000

Pb: 0.751 Pm: 0.923 P pc: 1.0

Factor de corrección: 0.77135

Indicadores de calidad

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



(415)7709998025025(8020)63901595(3900)00000000014350

63549 C1

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: 60

MH: 900255003223505

FECHA: 6-02-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sasha

COLOR: Gris atigrado

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: mestizo EDAD: 7m PESO: 3.1 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Aleyda Chacon Franco

DIRECCION: Kra 135 No 17-35

TELEFONO: 3213672469

CEDULA: 39763246

CORREO ELECTRÓNICO: 3213672469@sincorreo.com

BARRIO: Florencia ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 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: 140 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	0.3 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 sometimiento preoperatorio.

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

FONTIBON

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Melda Chacón	39763246

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 39.763.246
CHACON FRANCO
APELLIDOS
ALEYDA
NOMBRES
FIRMA


27-OCT-1973
FECHA DE NACIMIENTO
GUAVATA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
B+
G.S. RH
F
SEXO
09-MAR-1992 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
NUIP DE DERECHO
A-1500150-00602456-F-0036760245-0013006
0036602063A 1
1112601995

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 15/12/2025 y 18/01/2026. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Puedes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC. Ver Términos y condiciones en

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Pedebarr · Bancolombia · BBVA · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Nequi · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra redes sociales como @grupovanti y conoce nuestros iniciativas.

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.048.812-9

¡Hola!

CONSTRUCTORA CAPITAL BOGOTA SAS
KR 135 17 35 T03 00819 - FLORENCIA
BOGOTA

Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 09712021000376159?

Lote: P16GN Ruta: 001184005255000594O Código del Sector: 434

Cuenta o referencia de pago **63601595**

vanti Listo

Compra tu electrodoméstico a cuotas y cancela en las fechas 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 7 a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

63549

C1

Cuenta o referencia de pago **63601595** | BOGOTA

NIT 800.067.415-6
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 **Pago oportuno** 10 Feb. 2026

2 **Fecha de suspensión** 11 Feb. 2026

3 **Periodo facturado** Dic. - Ene. 2025

4 **Emisión de tu factura** 26 Ene. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	4M3	2.543,69	0,00	10.174,76
FIJO	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	-4,76	0,00	-4,76

1 – Total **$14.350,00**

Tus financiaciones

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

2 – Total **$0,00**

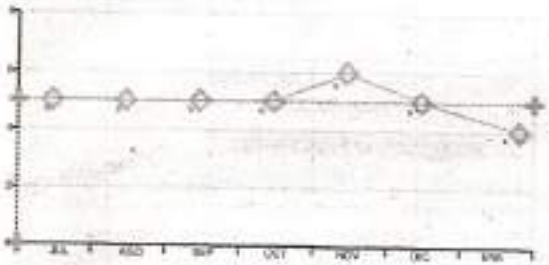
3 – Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$14.350,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Tres | Días de consumo 35

Fecha	Lectura	Tipo
20 Dic. 2025	252	REAL
23 Ene. 2026	257	REAL

m³ corregido= 257 - 252 * Factor de corrección = 4

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 Dic. 2026

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Cm: 1335.36 Pc: 548.01 Dm: 534.74 Cc: 2543.69
pr: 64.30 Cuen: 0.0 Cuen: 4180.0 Cuen: 2543.69
Cons: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

kWh* Tu despacho en m³ de gas equivale: 47
kWh y el precio unitario del kWh es: $305.42

Factor de corrección

Vm: 5 Kc: 0.76520 Pt: 1.00662 Pc: 0.77135
Vc: 4 Tm: 13.00 Tc: 15.56 Pz: 1.01309
Pz: 0.751 Pm: 0.923 Pr pc: 1.0

Factor de corrección: 0.77135

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 IDCS: 0.0 IC: 100.0 IPS: 100.0



(415)7709998026025(8020)63601595(3900)000000000014350

Factura No. F1587008292

C1

63549

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZA... NAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 61

MICROCHIP: 900255003223516 número de Microchip

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LILO

COLOR: Gris blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 6M PESO: 2.3 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nancy Herrera Aponte

DIRECCION: cl 154 H 134 A-51

TELEFONO: 3192803396

CEDULA: 39.755.480-

CORREO ELECTRÓNICO: marilia.gonzalez.1502@gmail.com

BARRIO: Kasandra

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: PF-

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m	F. RESPIRATORIA: <3 r/m	TEMPERATURA: 38 °c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: ~

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.5 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ~

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

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

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: 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 existan 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:
Vany Herrera V.	39'955.480

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.755.480
HERRERA APONTE

APELLIDOS
NANCY

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-JUN-1970
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

15-NOV-1988 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500100-00000000-F-0039755480-20000601 0000342018A 1 1680314340

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-6
Calle 63 No. 13 - 43 Piso 3

Para pagar y consultar tu número de cliente es: **1068627-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 38105041-2

CLIENTE

MARTHA CANDELARIA N
CL 15 A NO 138 A - 51
BOGOTA, D.C. - KASANDRIA

16 309 9527 / 25017911

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

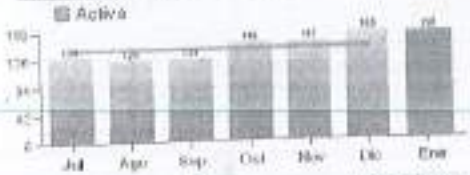
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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 $900,69

CONSUMO DIARIO: 4,96 kWh

VALOR DIARIO: $2.657

PERIODO FACTURADO: 20 DIC 2025 A 18 ENE 2026

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 159 kWh

Esta nueva funcionalidad permite la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se visualicen dentro de la factura!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1600163018 9527
RUTA LECTURA:	13152100113
MANZANA DE LECTURA:	1652005327 8
MEDIDOR NO:	25017911
SUBCLASE:	Basico

USO SEGURO DE ENERGÍA

Revisa tus cables regularmente. Manipulados en buen estado en una forma segura de asegurar un consumo inteligente y libre de energía

CONTÁCTANOS

Bogotá, Sabana y Centro Cundinamarca 601 8 115 115

115 Disponible las 24 horas

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Sucursal Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Multired

Centros de Recaudo

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de atención al cliente 115

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

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 00:57:37
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2026 13:24:19

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC- (Número de Historia Clínica): 62

MICROCHIP: 900255003223140

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Aila

COLOR: Blanco

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 6m

PESO: 2 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jeimy Sirley Ramos Gomez

DIRECCION: Calle 11c #134-70

TELEFONO: 3107929745

CEDULA: 52.980.911

CORREO ELECTRÓNICO: Jeimmysirley@gmail.com

BARRIO: Puente Grande

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buen estado Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/NF 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 ºc

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P: 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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 pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
52980911	52980911

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 52.980.911

RAMOS GOMEZ

APELLIDOS

JEIMY SIRLEY

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-ABR-1983

FUNZA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

19-ABR-2001 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00566145-F-0052980911-20140423 0038100776A 1 1712837938

SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE



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



vanti

Agenda y certifica tu **Revisión Periódica Obligatoria de gas** antes del **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 vigente el 20/12/2025 y 28/01/2026. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Puedes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección avalado ante la OVUC. Ver T&C en www.grupovanti.com/RPO

Mundo digital Vanti

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

pse
Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco de Occidente · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Bancolombia · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

CAPITAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7246/20/2025 VANTI

¡Hola!

PABLO EMILIO MORENO
CL 17C 134 70 MOI C12 02 - PUENTE GRANDE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007117-3375235

Lote: P16GN **Ruta:** 001184011150500585O **Código del Sector:** 331

Cuenta o referencia de pago **62667211**

vanti Listo

Compra servicios, electrodomésticos o gas, ahora o más tarde, y paga a cuotas a través de tu factura de gas

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

vanti Listo

¡TU COMPRA EMPIEZA escaneando el QR!



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

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

331
00118401115050058SO
70469
PHOV
C1

Factura de gas

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago 62667211

BOGOTA

NIT: 800.007.813-9
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más fuerza 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. 2026	26 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	5M3	2.869,74	0,00	14.498,70
MENOS SUBSIDIO (32%)	1UN	-4.680,33	0,00	-4.680,33
AJUSTE DECENA	1UN	1,63	0,00	1,63

1 — Total $9.810,00

Tus financiaciones

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

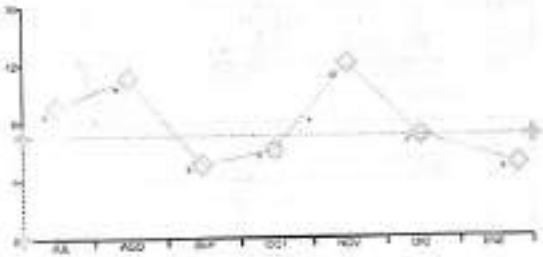
2 — Total $0,00

3 — Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar (1 + 2 + 3) $9.810,0

Paga por PSE

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
20 Dic. 2025	1901	REAL
21 Ene. 2026	1907	REAL

m³ corregido= 1907 - 1901 * Factor de corrección = 5

Tu próxima lectura será Entre 16 y el 21 de Febrero

Novedades de tu factura

Cuota $ 2543,00

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $21.000

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria
29 Feb. 2028
La revisión de la instalación interna es la responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41366 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1535.32 Tm: 549.31 Dm: 394.74 Cm: 0.0
pr: 64.32 Cum: 0.0 Cuem: 0.0 Cuom: 0.0
Com: 0.0 Fpcm: 49.475 DALIR: 0.0 DALINR: 0.0

M3m³ Tu consumo en m³ de gas equivale a 99 kWh y el precio unitario del kWh es: $108.244

Factor de corrección

Vm: 5 Kb: 0.76807 Pb: 1.00602 Pc: 0.77175
Vc: 5 Tm: 15.66 Tc: 15.66 Pm: 1.01000
Pc: 0.751 Pm: 0.0224 P pm: 1.0
Factor de corrección: 0.77175

Indicadores de calidad

IRST: 108.8 DSS: 0.0 IC: 100.0 IPLT: 100.0



(415)7709998026025(8020)62667211(3900)0000000009810

70489

C1

Factura No. F1587666473

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: 63

MICR: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003223504

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tokio

COLOR: Gris pardo

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 6m

PESO: 3,2 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yeison Stiven Alvarado Sanza

DIRECCION: Cra 135 #15-16

TELEFONO: 3148973011

CEDULA: 1.016.059.362.

CORREO ELECTRÓNICO: Stivenalvarado1993@gmail.com

BARRIO: Kasandra.

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnologo

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 08/2025

ULT. VACUNACION: NS/NR: 2 F-

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 X F.

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 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	0.6 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.6 ml	5-7mg/kg IV
		___ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P : 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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 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 manifiesto como hinchazón 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:
Meison Alvarado	1.016.057.562.

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.016.057.362

Apellidos
ALVARADO SONZA

Nombres
YEISON STIVEN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.65

Sexo
M

Fecha de nacimiento
11 JUN 1993

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
FACATATIVA (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
30 JUN 2011, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expedición
20 ENE 2033



0135292551

REGISTRADOR NACIONAL
Eduardo Vega Rocha

ICCOL0135292550150O1<<<<<<<<<<
9306118M3301203COL1016057362<4
ALVARADO<SONZA<<YEISON<STIVEN<

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 900.063.875-9
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

1068626-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3015555165

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

10 309 9419 / 25017682

Activa

Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene
15	15	15	15	15	15	32

VALOR kWh APLICADO $750,09

CONSUMO DIARIO 1,97 kWh

VALOR DIARIO $955

PERIODO 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:	4,33
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	KR0015035994I0
RUTA LECTORIA:	13163150031
MANZANA DE LECTURA:	MS0063270
MEDIDOR NO:	25017682
SUBCLASE:	Básica

USO ADECUADO DE ENERGÍA

Revisa tus cables regularmente. Mantenemos en buen estado de tus hornos para ello de asegurar un entorno confiable y libre de riesgos.

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 135 115

115 Disponible las 24 horas

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

ENGINEERING INTERNATIONAL DISTRITO S.A. E.S.P.	Calle 17 No. 3-14
CHIDAO LIMPIEZA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá
ATESA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 13 No. 28-01

Línea de servicio al cliente: 115

¿CÓMO PAGAR SU FACTURA?

Medios electrónicos de Pago

Efectivo y otros

Corresponsales Bancarios

Red Cade

Puntos de Pago Virtuales

Código QR

Establecimientos Externos

FECHA GENERACIÓN 22/01/2026 08:57:37
FECHA EXPEDICIÓN 22/01/2026 13:34:16

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 CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 64

MICROCHIP: 900255003223422

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Katty

COLOR: Negro blanco - café

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 6M PESO: 2,3 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO ___

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Julio Cesar Orozco Cortes

DIRECCION: CL 18A # 112A 47

TELEFONO: 3114600946

CEDULA: 79.846.584

CORREO ELECTRÓNICO: 3114600946@sincorreo.com

BARRIO: Villa Carmenza. ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa NF. LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/mm/aaaa NF.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

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

FIRMA:

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

FIRMA:

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento 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:
	79846584 Ato

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.846.504
OROZCO CORTES
APELLIDOS
JULIO CESAR
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-1974
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
06-OCT-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

enel | Bogotá

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

FACTURA DE VENTA No. 2047580-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 391803186-4

CLIENTE

MARIA SAENZ
CL 18 A NO 112 A 47
INTERIOR 2
BOGOTA, D.C. - VILLA CARMENZA

17 317 8923 / 19469037

¿Quieres tu factura en tu correo? Regístrate aquí

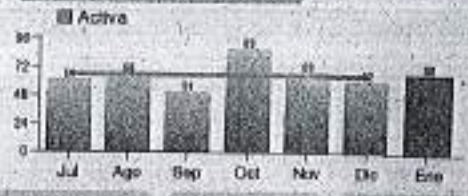
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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: $703,09

CONSUMO DIARIO: 2,13 kWh

VALOR DIARIO: $1.618

PERIODO FACTURADO: 21 DIC/2025 A 21 ENE/2026

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 68 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100331731176823
RUTA LECTURA:	1317917800B
MANZANA DE LECTURA:	M0306417D4
MEDIDOR NO:	19469037
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registrate gratis

Descárgala de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 5 125 115

115 Chatbot las 24 horas

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

defensor@enel.com

USO SEGURO DE ENERGÍA

Activa tus cinco sentidos, identifica situaciones de riesgo y repórtalas. Manipularlas en forma errada es una forma segura de exponer un entorno confiable y libre de riesgos.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: App Bancos, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cobro Electrónico, App Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Sucursal Virtual

Billetera Virtual: daviplata, MOVII, Nequi, Upaga

Corresponsales Bancarios: CORRESED, efecty, Baloto, MOVIRED, Gana, Su Red

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Éxito

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. TV 4 No. 51A-26

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

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 128 # 54-38 Bl 1 apto. 105-104

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS | Componentes del cobro: Vigencia: DIC/2025

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3511 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 1104 por Inf. Barras subestacionales según Resolución No. 0047 de 30 de enero 2026. Ver Página Cargo. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1995.

Cobro al contenido de la presente factura al Cliente cuenta con las características de servicio público en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de todos los de la ley señalado para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, Bogotá y en el resto del país 01 8000 27 2 115, o en nuestras Centros de Servicio al Cliente. Contáctar de web: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según Resolución No 0061 de 30 de diciembre de 2025.

Cobro el acto de suspensión pactado el servicio de aseo/alcantarillado, el mes deberá presentarse ante la Empresa prestadora a la suspensión del servicio."

Si requiere copia de esta factura, solicítela en nuestras oficinas de atención al cliente. Para mayor información consúltenos en nuestra página web: www.enel.com.co o a los números de atención al cliente.

IMPORTANTE: El no pago oportuno de la presente CREG 038 de 2014 y el Código de Medida, se autorizarán obligaciones, advertidas y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web: www.enel.com.co o a los números de atención al cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP pagó el servicio de recaudo para terceros y titular de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Energías de Colombia), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la misma como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el cambio que pueda ser realizado, ni por los valores facturados. Para mayor información comunícate con nuestro asesores, por favor dirigirse a los números de atención dispuestos por dicha Empresa.

El prestador declara el uso de comercialización y distribución de energía eléctrica y de prestación y servicios de valor agregado en ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-6. Vigilado regulado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 26/01/2026 09:27:08
FECHA EXPEDICIÓN: 26/01/2026 14:53:21

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 65

MICROCHIP: 900255003223434

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Cleo

COLOR: blanco pardo

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___ RAZA: Mestizo EDAD: 6M PESO: 2,8 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angie Lorena Avila Gonzalez

DIRECCION: CL 17C 135-24

TELEFONO: 3002903274

CEDULA: 1016088243

CORREO ELECTRÓNICO: avilaangie434@gmail.com

BARRIO: Puente Grande ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Tecnica NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 01/2026

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °C TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		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	0,1 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

FIRMA

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

FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo 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:
Angie Dlos	1016055243

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.016.088.243
AVILA GONZALEZ
APELLIDOS
ANGIE LORENA
NOMBRES
Angie Avila
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-AGO-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-AGO-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

P-1500150-00889683-F-1016088243-20170017 0054314036G 3 9999196418

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 800.063.679-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagar y consultar tu número de cliente es:

7416670-5

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 391602373-4

CLIENTE

WILSON SANCHEZ
CL 17 C NO 135 24 PI 4
PISO 4
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

16 351 8241 / 4477480

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

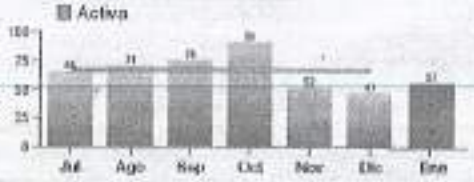
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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: $783,04

CONSUMO DIARIO: 1,76 kWh

VALOR DIARIO: $564

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 57 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 51 kWh

¿Estás muy cerca/lejos a/de la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo esperado?

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,60
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10003103318041
RUTA LECTURA:	13103118744
MANZANA DE LECTURA:	8052864183
MEDIDOR NO:	4477480
SUBCLASE:	Básico

USO SEGURO DE ENERGÍA

Revisa tus cables regularmente, mantenlos en buen estado si usa barra o regleta de seguridad en caliente verifique y libre de riesgos.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registro en línea

Descárgala de la página Web

App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE: Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 135 115

CUÉNTANOS: 115

ESCRÍBANOS:

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.E.S.P. TV 4 No. 61A-05

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

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 128 A bis 20-18 Local 103-104

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS * Compensación del Costo: Vigencia - DIC/2025

G $87,04 / T $94,14 / D $208,29 / C/U $0,00 / PR $58,75 / R $16,70 / CV $0,00 / Costo kWh $564

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3510 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,0% por mil. Sistema subtransmisión según Resolución CREG 015 de 2018. Ref. Régimen Común. COMPLEMENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 2018

Estado de movimiento de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de control previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos dentro de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicarse al 6015 115 115, línea de Bogotá al 601 3445 142, o en nuestras oficinas de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0012 de 10 de diciembre de 2010.

"Señor el aviso con suficiencia previsto el ensayo de reposición de suspensión, de cual cobrará prescindirse sobre la fotografía en caso de la suspensión del servicio."

Esta factura da cobro a precios de la empresa de comercialización del Artículo 154 de la Ley 142 de 1994.

Los componentes de la modalidad CARGO/PRECIO APLICADO SON:

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, le rogamos enviarnos el Código de Medida, las lecturas con periodicidad, actualizadas y correspondientes originales a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y por escrito. Para cualquier mayor información, le invitamos a consultarnos en nuestras páginas web www.enel.com.co o comunicarse a la línea 6015 115 115, línea de Bogotá o al #888 115 115 con nuestro Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. prorrateará el consumo en exceso para reversar a través de la factura del servicio, podrán formalizarse de energía eléctrica (Decreto de Gobierno), de acuerdo con la duración real en exceso por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no se responsable por el servicio que preste los terceros, el por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos eventos, por favor diríjase a los canales de atención definidos por esta empresa.

El incremento del servicio de comercialización y comercio de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado en ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. fue regulado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 01:09:03
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2026 10:55:16

Prestador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S. NIT 890.321.181-6

$27.640 + $0 + $22.010 = $49.650

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
05 FEB/2026

ENERGÍA

7416670-5

18 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGÍA ACTIVA	4.606	4.606	$7	1	$7	$7	$35.00	$49.700
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$0.00	$0
SUBSIDIO	Consumo subsidiable 130.00 kWh		Valor kWh $750.0000		Descuento -35.24 %			-$17.113

ESTIMADO LA ENERGÍA QUE CONSUMIRÁS, TE COSTARÁ $284.0 KWH/MES

SUBTOTAL: $27.637

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $3

SUBTOTAL: $3

Otros cobros de productos y servicios

1 TOTAL ENERGÍA $27.640

2 TOTAL OTROS $0

Si no cancelas la factura en PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio se vence en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con resoluciones publicadas en el página web/sitio, el monto por concepto de suspensión en Pesos es $100.853

Informamos que si no realizar el pago de sus obligaciones Cobro Fijo Cobrado en la factura de PAGO OPORTUNO, estas estarán en mora, además se realizará reporte negativo a bases de información financiera y entre por ejemplo no podrás ni tendrás ya mayor a 15 días y se realiza gestión de cobro

ESTIMADO CLIENTE: El consumo promedio para el consumo de subsistencia (0 - 130 kWh/mes) es de 30.24 %

ASEO

Ciudad Limpia

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

FACTURA: 3

NIT: 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	700255820	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	381662372-4	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	18.12.2025 a 18.01.2026	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$39.690
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-16.676
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREE	$-4

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Tipo Producto: Residencial

VOLUMEN: 0.0000	ESTRATO: 2
DENSIDAD:	FREC. RECOLECCION: 3
% RESIDENCIALES: 0%	FREC. BARRIDO: 0

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS DE LA TARIFA

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$28.338,29	$6.663,51	$157.722,57

TOMA DE LA TARIFA

BARRIDO:	0.00256516
LIMPIEZA URBANA:	0.00080911
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001113
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.06123324
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.03
APOBO NO APROVECHABLE	0.00

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO $22.010

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

INFORMATIVO DEUDA

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $0.810,00

NÚMERO DE CLIENTE
7416670-5

umento Equivalente Electrónico No.
381662372-4

(415)7707209914253802020(8017416670528)1662372412008(3900)000000004965

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

TOTAL A PAGAR
$49.650

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: 66

MICROCHIP: 900255003223430

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Alice

COLOR: Negro - amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 6m PESO: 2,6 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maritu Maldonado Giraldo

DIRECCION: Kr 135 16-12

TELEFONO: 3145522300

CEDULA: 1047374532

CORREO ELECTRÓNICO: martamileidis@gmail.com

BARRIO: Kasandra ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NP.

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: 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 (S.P.B.)	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 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: ...5036

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: 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 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: cambios 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 esta asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
[signature]	1047374532

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 1.047.374.532
MALDONADO GIRADO

APELLIDOS
MARTA

NOMBRES

MARTA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-1984
CARTAGENA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.51 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
15-JUN-2004 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00712459-F-1047374532-20150604 0044800064A 1 1363420110

enel | Bogotá

Enel Colombia S.A. E.S.P.
NIT 860063875-6
Carrera 13 No. 93 - 40 Piso 3

Para pagos y consultas la referencia de cuenta es: **1860817-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 378264710-5

CLIENTE

GONZALO AGRIL MEJIA
KR 135 NO 16 12 PI3
3ER PISO
BOGOTA, D.C. - KASANDRA

16 309 9434 / 2716792

¿Quieres tu factura Virtual? Escríbenos al correo

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

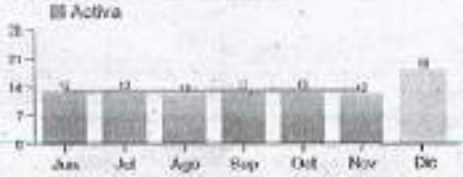
El hurto de energía puede causar accidentes, cortocircuitos y fallas en el servicio.

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $800,00

CONSUMO DIARIO: 0,60 kWh

VALOR DIARIO: $231

PERIODO FACTURADO: 20 NOV 2025 A 19 DIC 2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO RES: 18 kWh

Factura sujeta a la LECTURA DE SU MEDIDOR y CONSUMO ajustado a [illegible]

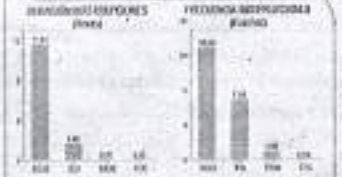
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,06
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1600316309434
RUTA LECTURA:	1316316310000
MANZANA DE LECTURA:	M5800552270
MEDIDOR NO:	2716792
SUBCLASE:	Básico

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 5 115 115

115 Disponible las 24 horas

Reportar gratis

Zona privada de la página Web

Enel Colombia

@EnelColombia

App Enel Clientes Colombia

https://www.enel.com.co/es/personas/conectar-ofertar-habitat-defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios alternos de Pago

Sitios de Pago Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Bancaria

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

RED CADE

COMPONENTES TARIFARIOS | Componentes del costo — Vigencia: 9/06/2025

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P — TV 4 No. 69A-09

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

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Cra 10 # 64-28 Int 1 Local 105-106

Línea de servicio al ciudadano 110

En esta factura vas a cancelar el concepto adicional que corresponde a un valor se establecido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y se aplica los siguientes facturas, conforme a la Ley 142 (1994 por 150)

FECHA GENERACIÓN: 23/12/2025 01:05:40
FECHA EXPEDICIÓN: 23/12/2025 13:31:11

CUFE: 44f4d0f3b8a4a2d7f3...
Resolución de facturación electrónica...
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio con sujeción a [illegible]

$8.750 + Portafolio Enel X 50 + Total Aseo $20.110 = Total a Pagar $28.860

PAGO OPORTUNO
07 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
09 ENE/2026

ENERGÍA

No. Cuenta 1860817-9

20 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGIA ACTIVA	3.645	3.625	19	1	15	19	$60.09	$14.421
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$241.91	$0
SUBSIDIO								$5.691

Consumo a subsidiar 120.00 kWh Subsidio -39.44 %

ESTE MES LA ENERGÍA QUE SUMINISTRAMOS TE COSTÓ $31.0 DIARIOS

SUBTOTAL: $8.721

Otros cobros, descuentos y ajustes

Ajustes a la decena	$-3
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$54
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-22
SUBTOTAL:	$29

Otros cobros de productos y servicios

1 TOTAL ENERGÍA $8.750

2 TOTAL OTROS $0

Si no cancela el total de PAGO OPORTUNO para el próximo vencimiento de la factura y la FECHA DE SUSPENSIÓN, a partir de la cual el suministro de servicio en caso de no pago. Por la reinstalación del servicio cobramos en el próximo recibo, el costo por concepto de reconexión es financiado $10.000.

Si usted no cancela el total de PAGO OPORTUNO dicha entidad en mora, antes de esta no podrá reportar negativo a las bases de información financiera y no por cuenta de entidades a la cual usted 15 días o se reflejará en el recibo (periodo de cobro)

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (B - [illegible]) es de 39.44 %

ASEO

Ciudad Limpia

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

Aseo 3 NIT 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

		DÍAS FACTURADOS
CUENTA CONTRATO	70203915	
FACTURA DE SERVICIOS PERIODO MES	378284718-5	30
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.11.2025 a 18.12.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



DETALLE DE LA FACTURA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$33.517
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-13.407

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0.0000 BARRIDO: 2

SEMANAS: FREC. RECOLECCIÓN: 2

% PODA/PODACIÓN: 0% FREC. BARRIDO: 2

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS TARIFARIOS

COSTO FIJO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$18.022,48	$6.381,06	$154.680,98

TARIFAS UNITARIAS

BARRIDO:	0.00245426
LIMPIEZA URBANA:	0.00133509
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001407
DIRECTAMENTE APROVECHADAS:	0.05382574
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
APORO NO APROVECHABLE	0.03

MESES EN MORA 0

3 TOTAL ASEO $20.110

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

OTROS CONCEPTOS

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 20,110.00

NÚMERO DE CUENTE
1860817-9

Documento Equivalente Electrónico No.
378284718-5

PAGO OPORTUNO
07 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$28.860

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: 67

MICROCHIP: 900255003223440

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Gaby

COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO Y SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 1A PESO: 2,9 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Elsy Yurley Guevara Rodriguez

DIRECCION: Kra 135 # 17-35

TELEFONO: 3173030412

CEDULA: 53.028.896

CORREO ELECTRÓNICO: elsy23_2hotmail.com

BARRIO: Florencia ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NP.

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 06/2025

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa 06/2025 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa NP

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

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 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	0,1 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 Médic aria T.P ...036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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 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 antifúngicos, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Cumuuu/2	53028896.

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 53.028.896
GUEVARA RODRIGUEZ
APELLIDOS
ELSY YURLEY
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 23-NOV-1984
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
26-NOV-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Consulta términos y condiciones en: www.cooserpark.com - www.capillazdelalfe.com

FACTURA EN LÍNEA



Escanea el código QR, escribenos 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:

Con fácil acceso.

Con fácil e 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.

Redeban · Bancolombia · BBVA · Nequi · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Escanea para pagar tu factura

Síguenos en 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 GNR Sudameris
Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

*Si consignas 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.

La suspensión del servicio por falta de pago o cuando se incurra en violencia, en cualquier grado, contra el medidor o el instalador es contrario a la ley y puede ser denunciado ante las autoridades competentes. La empresa no podrá cobrar la reconexión o reinstalación del servicio cuando la suspensión sea debida a la falta de pago de dos (2) facturas sucesivas o no consecutivas dentro de los seis (6) períodos anteriores. Salvo cuando la ley determine lo contrario, la factura entregada por el prestador del servicio es el único documento válido para acreditar el pago.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

CONSTRUCTORA CAPITAL BOGOTA SAS
KR 135 17 35 T03 00819 - FLORENCIA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120210003751897

Lote: P16GN Ruta: 0011840052560005040 Código del Sector: 434

Cuenta o referencia de pago **63601595**

vanti listo

Conoce el valor y el vencimiento de tu gas natural y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti listo



Sin intereses
Sin papeleo
Sin estudio de crédito

Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.

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

Extracupo hasta de $12'000.000
exclusivo para motos.

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

*Facilidad otorgada por Cia S.A.S. Con Nacional de Financiación S.A. (CFC) con Nacional de Financiación S.A. y Bancolombia S.A. (BCSC) sujeto a aprobación crediticia. Aplica para el Cupo Vanti. Actúa únicamente como intermediario comercial. Consulta términos y condiciones en www.grupovanti.com

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

CARTA DE CONDICIONES DE COMERCIALIZACIÓN S.A.S. NIT. 800.065.813-8

D011840052560005040 63716 C1

gas Noviembre 2025

de pago 63601595 BOGOTA

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

vanti
Más formas de avanzar

rtantes

2 — 3 — 4

Fecha de suspensión
11 Dic. 2025

Periodo facturado
Oct. - Nov. 2025

Emisión de tu factura
25 Nov. 2025

acturados

	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
	0M3	2.741,69	0,00	18.450,14
	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
	1UN	0,14	0,00	0,14

KA cerin
04801788
01-12 25
02-12-25
04-12
09-12
10-12

1 – Total $20.630,00

iones

oncepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

2 – Total $0,00

turas vencidas

0,00

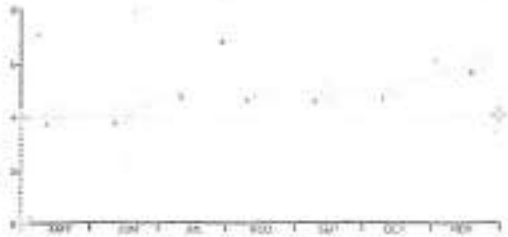
Total a pagar 1 + 2 + 3

$20.630,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tarifa Días de consumo: 33

Fecha	Lectura	Tipo
20 Oct. 2025	238	REAL
21 Nov. 2025	245	REAL

m³ consumo: 246 - 238 * Factor de corrección = 6

Tu próxima lectura será Entre 15 y el 21 de Diciembre

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódico Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódico Obligatoria
31 Dic. 2026

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad





(415)7709998026025(8020)63601595(3900)000000000020630

Línea gratuita desde celular #523 OPCIÓN 1

Línea nacional gratuita 01 8000 11 52 33 OPCIÓN 1

Línea Bogotá (601) 317 5670 OPCIÓN 1

Línea de servicio Alfonso Bonilla (601) 345 0188

CAPILLAS DE LA FE

CORSERPARK
Con estilo en los momentos difíciles

Síguenos

Las prestaciones exequiales son ofrecidas y comercializadas por Corserpark S.A.S. Vanti S.A. ESP y no tienen ánimo de lucro. Para mayor información consulta nuestra página web o llama a nuestra línea de servicio nacional gratuito.

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZAC[illegible]S

HISTORIA CLÍNICA HC: Número de Historia clínica: 68

MICROCHIP: 900255003223584

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Cena

COLOR: Negro-Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 1a PESO: 3,3 KG RAZA DE SALVAJE ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jennifer Andrea Clavijo

DIRECCION: cl 15 # 136 - 29

TELEFONO: 3232476468

CEDULA: 1.019.005.802

CORREO ELECTRÓNICO: jenniferclavijo27@gmail.com

BARRIO: Charco ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: ___

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

FELINOS: N.E. TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa N.E.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I II III IV V VI E

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

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

FOUTISÓN

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

En constancia, 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:
	39 747. 145

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 1.019.005.802

CLAVIJO TORRES
APELLIDOS

JENNIFER ANDREA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-MAY-1986
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-JUN-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

FACTURA EN LÍNEA



Escanea el código QR, escribenos 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 comercializan el Cinco Vanti. Campaña válida entre el 08/12/2025 y 18/01/2026. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Puedes ingresar tu petición con cualquiera proveedores de especialistas acreditados ante la ONAC, visita 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 · Nequi · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARBONE SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.086.812-6

¡Hola!

NUBIA ESPERANZA VENEGAS
CL 15 136 29 02 - CHARCO
BOGOTA

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

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

Cuenta o referencia de pago **62893589**

vanti Listo

Compra televisores, computadores o pagos y mucho más. 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://mi.grupovanti.com/

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

Si se suspende el suministro de gas natural cuando transcurra un tiempo superior a tres (3) días calendario, sin que medie fuerza mayor o caso fortuito, el usuario podrá solicitar el reconocimiento y pago de los perjuicios causados, de conformidad con lo establecido en el artículo 130 de la Resolución CREG 071 de 1999 y demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

Factura de gas

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago **62893589**

BOGOTÁ

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 10 Feb. 2026

2 — Fecha de suspensión: 11 Feb. 2026

3 — Periodo facturado: Dic. - Ene. 2025

4 — Emisión de tu factura: 26 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)-C
CONS. CON SUBSIDIO	1UN	2.999,74	0,00	52.196,52
MENOS SUBSIDIO (32%)	1UN	-16.885,19	0,00	-16.885,19
AJUSTE DECENA	1UN	-1,34	0,00	-1,34
RECAUDO TERCEROS Cosepain Prote.	0	70.000,00	0,00	70.000,00
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	26.794,00	0,00	26.794,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	158.170,03	0,00	158.170,03

1 — Total **$290.272,82**

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1,78 % VMoviAdari Vanti	2/34	200.207,18	158.170,03	200.207,18

2 — Total **$200.207,18**

3 — Valor facturas vencidas

$0,00

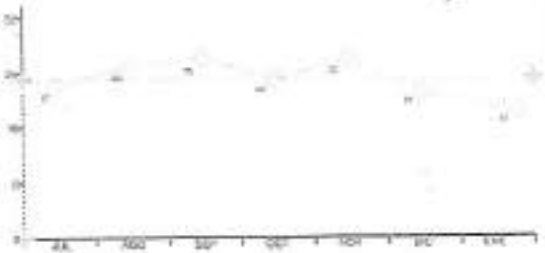
Total a pagar 1 + 2 + 3

$490.460,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

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

m³ corregidos= 1850 - 1827 * Factor de corrección = 18

Tu próxima lectura será

Entre 16 y el 21 de Febrero

Novedades de tu factura

Otros $ 2540,00

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ene. 2030

La revisión de la instalación interna es un requisito legal y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente. *Resolución CREG No. 071 de 1999, art. 73.1.3*

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

Cargo del mes este mes es de: $2544

Oct. $2748 Nov. $2742 Dic. $2671

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

Componentes tarifarios

Cm: 1208.32 Tm: 346.01 Dm: 884.34 Cc: 0.0
R: 94.39 Cv: 0.0 Dv: 0.0 Cv(m): 0.0
Dm: 0.0 Tpm: 48.475 Dv(m): 0.0 Cc(m): 0.0

M³/m³ Tarifa consumo en m³ de GN equivale: 212

Costo en pesos consumo del mes es: $405.997

Factor de corrección

Vm: 99 Kr: 0.78007 Kt: 1.00000 Pc: 0.77173
Vc: 18 - Tm: 13.88 Tc: 15.56 Pcr: 1.23048
Tv: 0.751 Pm: 0.9254 P cr: 1.0

Factor de corrección: 0.77173

Indicadores de calidad

PCT: 100.0 Dias: 0.0 C: 100.0 Pc: 100.0





|415|7709996026025|8020|62893589|3900|0000000490460

Factura No. F1010350238

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: 69

MICROCHIP: 900255003223587 Número de Microchip

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Titi

COLOR: Negro - amarillo.

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 1A PESO: 2,1 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nubia esperanza Venegas

DIRECCION: cl 15 # 136 - 29

TELEFONO: 3138545796

CEDULA: 39.747.145

CORREO ELECTRÓNICO: nubiaveredas11@gmail.com

BARRIO: charco ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: pf-

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m | F. RESPIRATORIA: 23 r/m | TEMPERATURA: 38 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		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 S.P.B.I	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), quién ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dra. An...rcela Diaz Méd...inaria T.P: 45036

FIRMA:

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

FIRMA:

FONTIBÓN

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y de sobre 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:
Jennifer Alonso	1019005806

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
No. 39.747.145
VENEGAS
NUBIA ESPERANZA



11-DIC-1964
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
1.48 ESTATURA
O- G.S. RH
F SEXO
29-MAR-1985 BOGOTA D.C.

FACTURA EN LÍNEA



Escanee el código QR, inscríbase en el formulario y empiece a recibirla por correo desde el próximo mes.



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

¡Ahórrate el incremento de tarifa del 2026!

*Publicidad a cargo de las empresas que conforman el Grupo vanti. Consulta vigencia antes el 18/12/2025 y términos y condiciones. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Puedes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC. Ver Tyc en www.grupovanti.com/RPO

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escríbenos para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Banca de las Oportunidades · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco de Bogotá · Davivienda · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica sola para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo - Móvil: 164 o 01 8000 919 052
01 8000 191 164

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

Si te suspenden el servicio por falta de pago y aparte se requiere, en caso de que se expida el acto ejecutado o el servicio finalizado, el valor de la reconexión y/o reinstalación del servicio se cobrará en la factura del mes siguiente. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la Ley 142 de 1994 y puede hacer uso de ellos sobreviniendo el plazo aplicable.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.959.813-9 7704070305 VANTI

¡Hola!

NUBIA ESPERANZA VENEGAS
CL 15 136 29 02 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 500 7119-3565235

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

Cuenta o referencia de pago **62893589**

vanti Listo

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 942 764
Bogotá (601) 307 8171
Bucaramanga (607) 686 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

Factura de gas | Enero 2026

Cuenta o referencia de pago 62893589

BOGOTÁ

vanti

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
10 Feb. 2026	11 Feb. 2026	Dic. - Ene. 2025	25 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	18M3	2.899,74	0,00	52.195,32
MENOS SUBSIDIO (32%)	1UN	-16.885,19	0,00	-16.885,19
AJUSTE DECENA	1UN	-1,34	0,00	-1,34
RECAUDO TERCEROS Cooserpark Prote.	0	70.000,00	0,00	70.000,00
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	26.784,00	0,00	26.784,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	158.170,03	0,00	158.170,03

1 — Total $290.272,82

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1,75 % V-Movilidad Vanti	2/34	200.207,18	158.170,03	200.207,18

2 — Total $200.207,18

3 — Valor facturas vencidas

$0,00

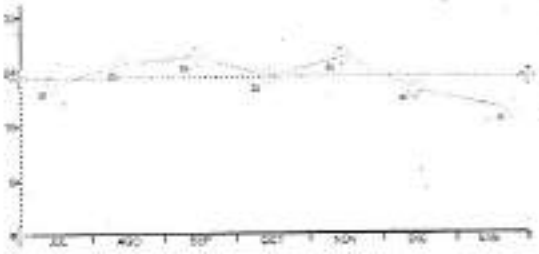
Total a pagar 1 + 2 + 3

$490.480,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

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

m³ corregidos= 1850 - 1827 * Factor de corrección = 18

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

Novedades de tu factura

Cuota $ 2042.89

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ene. 2030

La fecha límite de la instalación interna para su recomendación y gestión realizada el/la [illegible] para el cumplimiento de la [illegible] Resoluciones 059 de 2013 y 41065 de 2017.

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Cm: 1925.00 Tm: 540.31 Dm: 66.74 Cm: 0.0
Pr: 64.32 Cvm: 0.0 Cuom: 0.0 Cuom: 0.0
Cov: 0.0 Fpoint: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

kWh/ Tu consumo en m³ de 930 equivale: 210
kWh y el precio unitario del kWh es: $166.557

Factor de corrección

Vm: 23 Ed: 0.76667 Ic: 1.00000 Pt: 0.77175
Vn: 18 - Tm: 13.86 Tb: 15.56 Pz: 1.01000
Pb: 0.751 Pm: 0.9024 P pvs: 1.0 -
Factor de corrección: 0.77175

Indicadores de calidad

[illegible]: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 PR: 100.0





(415)7709998026025(8020)62893589(3900)000000000490480

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZ[illegible] CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC: 70 (Número de Historia Clínica)

MICROCHIP: 900255003223596

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pamela COLOR: pardo

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___ RAZA: Mestizo EDAD: 6M PESO: 2.2 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

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

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO X COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ FERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Alejandra Tibana Suescun

DIRECCION: Calle 17c # 134-70

TELEFONO: 3115579282

CEDULA: 1.051.266.491

CORREO ELECTRÓNICO: alejandra.14tibana@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 NP

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa NP

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 NP LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa NP

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P: 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21550	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 Médica Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
María Alejandra Tibaduiza	1053266491

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 1.051.266.491
TIBANA SUESCUN
APELLIDOS
MARIA ALEJANDRA
NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 14-JUN-1991
CHISCAS
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
25-JUN-2009 CHISCAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

enel Bogotá

2038351-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 2038351-2

BENJAMIN SEPULVEDA DURAN
CL 87 C NO 134 70 MZ J CA 13
VILLA ANDREA MZ J CA 13
BOGOTÁ, D.C. - PUENTE GRANDE

06 202 9042 / 16356109

Cuida tu factura y ahorra el papel

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

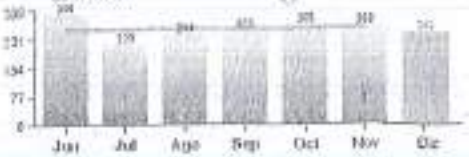
El hurto de energía puede causar accidentes, cortocircuitos y fallas en el servicio.

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



CONSUMO FACTURADO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $800,00

CONSUMO DIARIO: 0,33 kWh

VALOR DIARIO: $5.220

PERIODO FACTURADO: 20 NOV 2025 A 19 DIC 2025

DÍAS FACTURADOS: 30

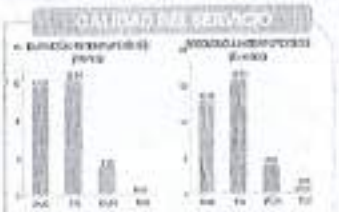
CONSUMO MES: 347 kWh

¡Este mes tu aviso llegará a la LECTURA DE TU MEDIDOR vía CONSUMO de energía sin embargo dentro de la factura!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	6000316253042
RUTA LECTURA:	1315316253503
MANZANA DE LECTURA:	MS3084191B
MEDIDOR NO:	10016098
SUBCLASE:	82109

DATOS DE SERVICIO



RECOMENDACIONES DE ENERGÍA

Mantenga los aparatos eléctricos lejos del agua. Ruma y evite sobrecargas, conectelos a tomacorrientes exclusivos de forma segura y electrónica.

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 5 115 115

115 Gratuito desde un teléfono fijo

601 5140053 desde un celular

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Cade

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROACTIVA AMBIENTAL DEL DISTRITO S.A.S.E.S.P. — Transversal 24 # 63

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 6B - 09

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 100 # 54 - 51 Local 105-104

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Consideraciones del cobro: Rige a la 19/01/2026

En esta factura ya se encuentra incluido el concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y no afecta los consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art. 168).

FECHA GENERACIÓN: 23/12/2025 01:07:51
FECHA EXPEDICIÓN: 23/12/2025 10:44:09

$128.060 + $9 + $40.220 = $168.280

07 ENE /2026

09 ENE/2026

20 ENE /2026

2038351-1

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

SUBTOTAL: $156.595

Ajustes a la decena	$-1
COMPENSAC ORDG SERV PUBLIC	$-13.060
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$1.000
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA	$-5.339
SUBTOTAL	$-18.535

$128.000

TOTAL OTROS $0

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

CUENTA CONTRATO	70202153
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.	378250876-2
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.11.2025 a 18.12.2025
DÍAS FACTURADOS	30

41.108 39.363 40.351 41.561 43.126 41.783

Jun Jul Ago Sep Oct Nov

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

DATOS DEL USUARIO

Estratificación: Residencial

USUARIOS	Ocupados	Desocupados
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

CONSUMO	$39.183,97
COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	$12.763,71
VALOR BASE APROVECHABLE	$154.660,98

BARRIDO	0.00286435
LIMPIEZA URBANA	0.00133599
RECAUDO DEL APROVECHAMIENTO	0.00021407
EFECTIVAMENTE APROVECHADOS	0.09982574
PERDIDAS APROVECHABLES	0.03
APORO NO APROVECHABLE	0.00

MESES BIMORA: 0

$40.220

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

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 48.220,00

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 - Número de Historia Clínica: 71

NIC: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003223930

FECHA: 06-02-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Abby

COLOR: Gris

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

RAZA: Mestizo EDAD: 1A PESO: 2,5 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Fernando Andres Becerra Prieto

DIRECCION: cl 17c # 134-70

TELEFONO: 3107894515

CEDULA: 79.957.673

CORREO ELECTRÓNICO: andresbecerrapriete2@gmail.com

BARRIO: Puente grande ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

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: N.P.

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa N.P. RABIA: dd/mm/aaaa N.P.

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: 20 r/m

TEMPERATURA: 38 °c

TLLC 1 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 (S.P.B.)	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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia [esterilización/castración], quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ADEPTACION X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento sin objeciones prequirúrgicos

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P: 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. 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 Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: complicaciones respiratorias o cardiacas, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se 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 día a día 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 entiende 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:
Fernando A Becerra	72 159 673

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.957.673

BECERRA PRETEL
APELLIDOS

FERNANDO ANDRES
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-DIC-1980
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
05-FEB-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

enel | Bogotá

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

Para pagos y consultas indique el número de cliente así: **2309930-3**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351640520-0

CLIENTE

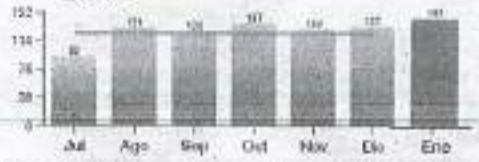
MIRIAM PINILLA
CL 17 C NO 134 70 MZ J CA 3
VILLA ANDREA MZ J CA 3
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

16 352 9441 7774445

¿Deseas la factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $705.09

CONSUMO DIARIO: 4.60 kWh

VALOR DIARIO: $2.915

PERÍODO FACTURADO: 20 DIC/2025 A 20 ENE/2026 | DÍAS FACTURADOS: 32 | CONSUMO MES: 148 kWh

¿Te has preguntado cómo la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se conectan dentro de tu factura?

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.



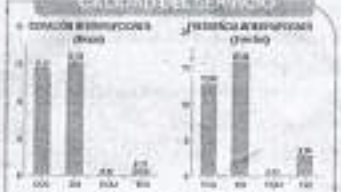
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	5.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100031935[illegible]5447
RUTA LECTURA:	E3[illegible]0517
MANZANA DE LECTURA:	M[illegible]6118/16
MEDIDOR NO:	2744 45
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Enel Colombia
@EnelColombia

PUNTOS DE ATENCIÓN AL CLIENTE	CHAT WHATSAPP	TELEFONOS
Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 6 105 115	115 Disponible las 24 horas	601 6 105 115

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOTORA ESPECIAL DE RESIDUOS S.A.S. E.S.P.	Cl 4 Sur No. 30A 28
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 4-8 - 28
AGUAS DE MYRIAM SERVICIOS PÚBLICOS S.A.S. E.S.P.	Calle 123 # 54-30 #8 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 116

COMPONENTES TARIFARIOS | Componentes del cobro: Vigencia: DIC/2025
$: $397,01 T: $24,11 D: $220,68 EV: $76,26 PR: $59,75 PI: $16,76 CF: $0,01 | $795,59 Cod.G MVI Mes

ACTUALMES ECONOMICA (SIN Contribución de Energía Eléctrica Tarifa 11,25 por ciento. Acuerdo subsidiario de compra Resolución No. 0041 de 28 de enero 2000. IVA Régimen Común. SUMINISTRO-REGULACIÓN CREG 0 de 199 1998.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos, antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al: (601) 5 115 115, Sede de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestras Oficinas de Servicio al Cliente. Operación de ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Todos ganados contragolpes vigente hasta el 31 de diciembre de 2025.

"Sobre el 50% de la diferencia cobrada en el periodo y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Alcaldía dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de entrega de la factura en el sitio de prestación del servicio. Si no se presenta el recurso dentro de la oportunidad señalada, la factura quedará en firme y prestará mérito ejecutivo. Si el recurso es presentado oportunamente, se suspenderá el cobro de la factura hasta que se resuelva el recurso, de conformidad con el artículo 130 de la ley 142 1994."

Aplicación de la compensación de la resolución CREG 038 de 2014. Si usted considera que la factura no cumple con los requisitos establecidos en la resolución CREG 038 de 2014, tiene derecho a presentar reclamación ante la empresa dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de entrega de la factura en el sitio de prestación del servicio. Para mayor información comunícate al: (601) 5 115 115, Sede de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestras Oficinas de Servicio al Cliente. Operación de ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Todos ganados contragolpes vigente hasta el 31 de diciembre de 2025.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P presta el servicio de manera continua durante la fecha de la factura del consumo, salvo fuerza mayor o caso fortuito, o cuando se presenten circunstancias ajenas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. que impidan la prestación del servicio. Para mayor información comunícate al: (601) 5 115 115, Sede de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestras Oficinas de Servicio al Cliente. Operación de ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Todos ganados contragolpes vigente hasta el 31 de diciembre de 2025.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P presta el servicio de manera continua durante la fecha de la factura del consumo, salvo fuerza mayor o caso fortuito, o cuando se presenten circunstancias ajenas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. que impidan la prestación del servicio. Para mayor información comunícate al: (601) 5 115 115, Sede de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestras Oficinas de Servicio al Cliente. Operación de ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Todos ganados contragolpes vigente hasta el 31 de diciembre de 2025.

El suscriptor del servicio de alumbrado público tiene derecho a recibir de la factura del consumo, salvo fuerza mayor o caso fortuito, o cuando se presenten circunstancias ajenas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. que impidan la prestación del servicio. Para mayor información comunícate al: (601) 5 115 115, Sede de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestras Oficinas de Servicio al Cliente. Operación de ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Todos ganados contragolpes vigente hasta el 31 de diciembre de 2025.

El suscriptor del servicio de alumbrado público tiene derecho a recibir de la factura del consumo, salvo fuerza mayor o caso fortuito, o cuando se presenten circunstancias ajenas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. que impidan la prestación del servicio. Para mayor información comunícate al: (601) 5 115 115, Sede de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestras Oficinas de Servicio al Cliente. Operación de ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Todos ganados contragolpes vigente hasta el 31 de diciembre de 2025.

El suscriptor del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica (incluyendo el Comercializador de energía eléctrica en Colombia) no asume con la prestación nuevos servicios ni otros por el solo hecho de la factura como cobro de intereses. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no es responsable por el cambio que pretenda hacerse de los bienes facturados. Para mayor información comunícate con nuestros asesores, por favor diríjanos a las oficinas de atención comercial por esta Empresa.

El suscriptor del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y del servicio de aseo agregado en ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Escribir reclamos con la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 01:04:15
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2026 12:33:10

$74.020 + $0 + $44.030 = $118.050

PAGO OPORTUNO 03 FEB /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN 05 FEB/2026

ENERGÍA

2309930-3

18 FEB /2026

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

SUBTOTAL: $74.033

Ajustes a la decena — SUBTOTAL: $0 $0

Cargos cobrados por productos y servicios

TOTAL ENERGÍA $74.020

TOTAL OTROS $0

ASEO

Ciudad Limpia

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

Año No. 3

NIT 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	11485398	DÍAS FACTURADOS 31
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	381649820-9	
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.12.2025 a 18.01.2026	

	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
	38363	46354	41540	40126	41703	42229

41.180 / 31.335 / 20.890 / 10.445 / 0

ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$72.261
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-28.856
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEB	$1

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTO: Residencial

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

COSTOS ASOCIADOS

COSTO PLIS TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$40.676,56	$13.727,02	$157.722,57

BARRIDO	0.00256515
LIMPIEZA URBANA:	0.00088811
PROCESO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001113
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.06123324
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
APORTE NO APROVECHABLE	0.09

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO $44.030

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

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 44.030,00

NÚMERO DE CLIENTE 2309930-3

Documento Equivalente Electrónico No. 381649820-9

PAGO OPORTUNO 03 FEB /2026

TOTAL A PAGAR $118.050

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia clínica: 72

MK Expiry-Date: 2030/09/02 900255003223923

FECHA: 06-02-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNA / CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pandora

COLOR: Negro

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

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Brayan steve cleves leiva

DIRECCION: cl 17A H 58-35

TELEFONO: 3042088237

CEDULA: 1031.649 485

CORREO ELECTRÓNICO: Stephleiva0@gmail.com

BARRIO: Puente Grande ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 06 - 2026.

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 06/08/2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml	5-7mg/kg IV
		___ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,3 ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P: 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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 punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación: 1031644485

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:

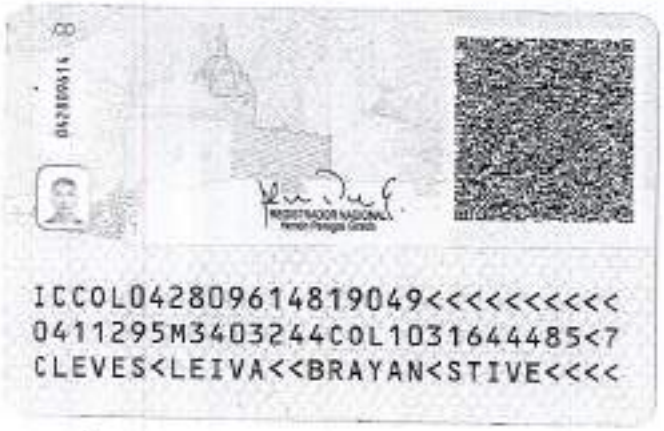
AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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

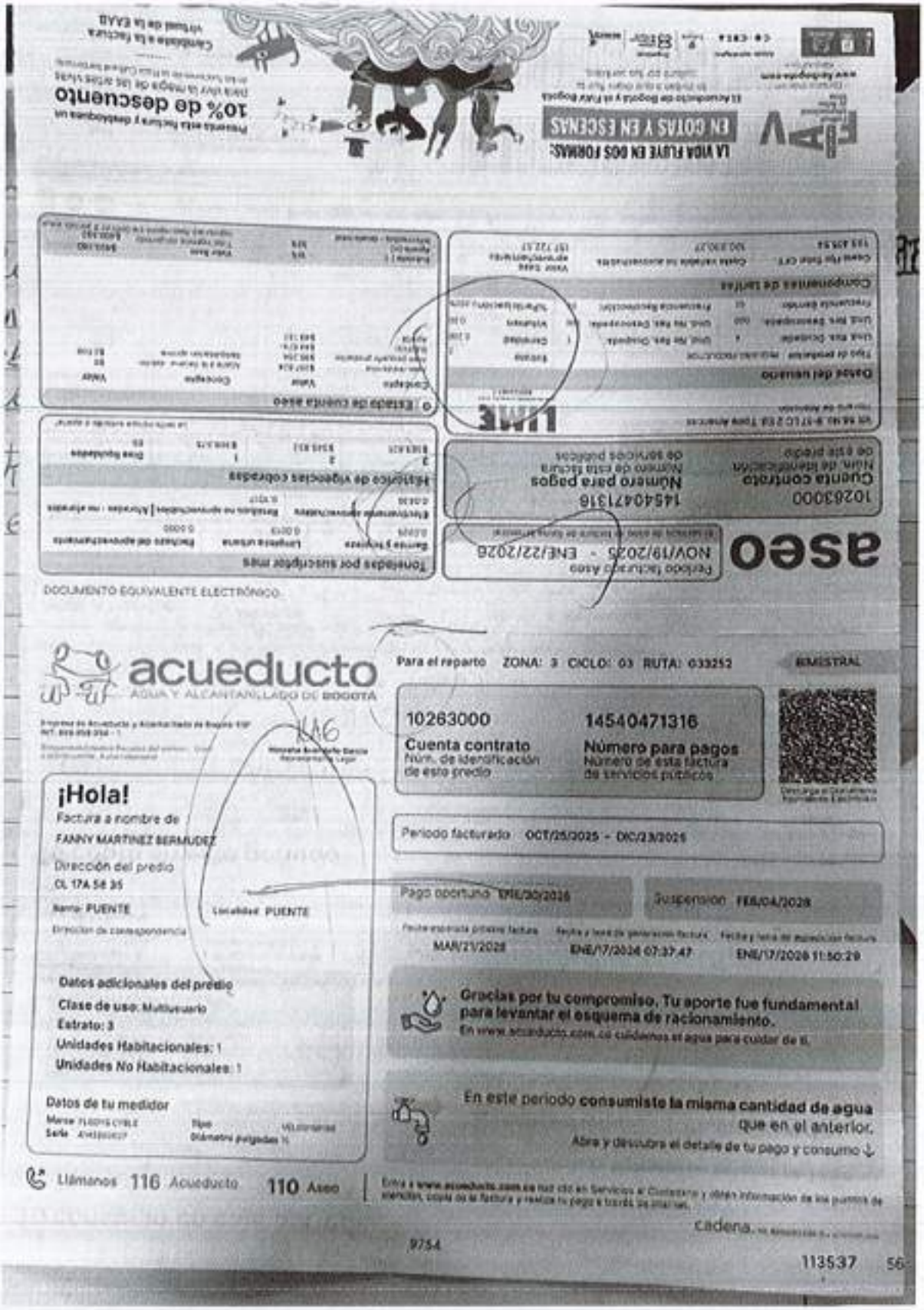
ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

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



ICCOL0428096148190 49<<<<<<<<<<
0411295M3403244COL1031644485<7
CLEVES<LEIVA<<BRAYAN<STIVE<<<<





DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 03 RUTA: 033252

BIMESTRAL

10263000
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

14540471316
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Periodo facturado OCT/25/2025 - DIC/23/2025

¡Hola!
Factura a nombre de
FANNY MARTINEZ BERMUDEZ

Dirección del predio
CL 17A 5E 35

Barrio PUENTE
Localidad PUENTE

Dirección de correspondencia

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

Datos de tu medidor
Marca
Serie
Tipo
Diámetro pulgadas

Pago oportuno ENE/30/2026

Suspensión FEB/04/2026

Fecha estimada próxima factura MAR/21/2026

Fecha y hora de generación factura ENE/17/2026 07:37:47

Fecha y hora de expedición factura ENE/17/2026 11:50:29

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

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

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

cadena.

9754

113537

aseo

Período facturado Aseo
NOV/19/2025 - ENE/22/2026

Cuenta contrato
10263000

Número para pagos
14540471316

LIME

Componentes de tarifa

Datos del usuario

Estrato de cuenta aseo

Totalidad de vigencias cobradas

Totalidad de vigencias por suscribir más

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 10 m³



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

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
36.000	600

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	0	Facturado con	Lectura promedio
Lectura anterior	5874	Base promedio	Usuarios Similares
Tu consumo este periodo	36	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	FLOWTECH CYBLE	Tipo	MECANICO
Serie	R14552627	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Aprovechar el agua lluvia para regar tus plantas.
- Reutilizar el agua del enjuague de la lavadora para labores de aseo.
- Revisar que las tuberías de tu casa o negocio no tengan fugas o escapes.

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros	+	Aseo
$180.564,08		$178.877,34		$0		$403.060
A		B		C D E F		G

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

Consulta el detalle aquí

Escanea y paga virtual

Conoce puntos de pago disponibles a nivel nacional al final de la página

Total ingresos del periodo

= **Total a pagar** $762.500

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	=	Ajuste (+) o Subsidio (-) %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Pesos Cop.)
Cargo fijo residencial (mes)	1,00	$8.795,93		-15		$-1.319,39	$7.476,54		$7.476,54
Consumo residencial básico (m³)	18,00	$3.724,44		-15		$-10.059,00	$57.063,77		$57.063,77
Consumo residencial superior básico (m³)	-	-		-		-	-		-
Cargo fijo no residencial (mes)	1,00	$8.795,93		50		$4.398,00	$14.193,93		$14.193,93
Consumo no residencial (m³)	18,00	$3.724,44		50		$33.520,00	$108.168,83		$108.168,83
Subtotal						**$28.853**			**$186.564,08**

* Corresponde a consumos de hasta 15m³ mensuales (23m³ bimestrales). *** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se restará un %. Si es un aporte, se agrega un %.

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	=	Ajuste (+) o Subsidio (-) %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Pesos Cop.)
Cargo fijo residencial (mes)	1,00	$8.795,93		-15		$-1.319,39	$7.476,54		$7.476,54
Consumo residencial básico (m³)	18,00	$3.724,44		-15		$-10.059,00	$57.063,77		$57.063,77
Consumo residencial superior básico (m³)	-	-		-		-	-		-
Cargo fijo no residencial (mes)	1,00	$8.795,93		50		$4.398,00	$14.193,93		$14.193,93
Consumo no residencial (m³)	18,00	$3.724,44		50		$33.520,00	$108.168,83		$108.168,83
Subtotal						**$29.853**			**$186.564,08**

* Corresponde a consumos de hasta 15m³ mensuales (23m³ bimestrales). *** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se restará un %. Si es un aporte, se agrega un %.

G Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico, que se ve arriba.

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)		
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)		
Total por consumo facturado	$1.035	$4.536

Mínimo Vital es un beneficio dirigido al Estrato 1 que consiste en no cobrar los primeros 15 m³ de agua consumidos en el bimestre. Para acceder a este beneficio debes estar inscrito en el Sisbén y ser usuario residencial de una vivienda. Para más información comunícate con nosotros.

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Subtotal	

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interes	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Paga por la página web, app o botones en

Nequi Daviplata Efecty puntored Baloto

Para puntos físicos de pago en Bogotá y con referencia de pago vigente

Punto Red Efecty puntored Baloto

Aseo
PARA PAGAR
$403.060

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO FACTURA DEL SERVICIO PUBLICO No.

Acueducto y Alcantarillado
PARA PAGAR
$359.440

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO FACTURA DEL SERVICIO PUBLICO No.

8754

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 73

MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003223598

FECHA: 06-02-06

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Coqueta

COLOR: Blanco / Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 2A PESO: 3.7 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angel Gabriel Diaz Botia

DIRECCION: CL 16 136-39

TELEFONO: 3172356571

CEDULA: 6597691

CORREO ELECTRÓNICO: adiazbotia@gmail.com.

BARRIO: Charco ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa Marzo/25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m F. RESPIRATORIA: 27 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.7 ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,85 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,15 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P : 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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 inducción a 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, tatoos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Angel G. Diaz B.	6'597.691

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 CIUDADANÍA

NUMERO **6.597.691**

DIAZ BOTIA

APELLIDOS

ANGEL GABRIEL

NOMBRES

Angel Gabriel Diaz B.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAR-1973**

GUADALUPE
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-MAY-1992 GUADALUPE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00162720-M-0006597691-20090714 0013411070A 2 1190024164

Por favor doblá y rasgá para abrir la factura

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA PAGALA A TRAVÉS DE:



Escaneá el código QR, inscribite en el formulario y empezá 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 PAGALA A TRAVÉS DE:

Tus facturas seguras

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · 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 SuperTiendas:
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 o 01 8000 919 052
01 8000 181 164

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

CATALINA SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.068.811-8

¡Hola!

CARLOS EMILIO MESA
CL 16 136 39 03 00001 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057101-36624

Lote: P1BGN Ruta: 0011840124830005100 Código del Sector: 437

Cuenta o referencia de pago **61908887**

vanti Listo

Compra televisores, electrodomésticos, gasodomésticos y más de más y paga a cuotas a través de tu factura de gas

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

vanti



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

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

K TRONIX · dafiti

Términos aplican. Vigencia del 1 de diciembre de 2023 al 31 de enero de 2024. Consulta términos y condiciones en www.grupovanti.com/vanti-listo/

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 784
Bogotá (601) 307 8133
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4154

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

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

Por favor doblá y rasgá para abrir la factura

Se suspenderá el servicio por falta de pago y podrás ser reportado, cobrados intereses moratorios y los costos de suspensión y reconexión. Cero consumo: Si no consumes gas durante un período de facturación, no tendrás que pagar cargo fijo ni consumo. Si no recibes tu factura, comunícate con nosotros y opción para ti. Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. Vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. Para presentar reclamos ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, ingresa a www.superservicios.gov.co. Para presentar reclamos ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, ingresa a www.superservicios.gov.co.

Factura de gas

Diciembre 2025

Cuenta o referencia de pago: 61908887

BOGOTA

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 Pago oportuno: 14 Ene. 2026

2 Fecha de suspensión: 16 Ene. 2026

3 Período facturado: Nov. - Dic. 2025

4 Emisión de tu factura: 24 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	2MO	2.934,15	0,00	$ 5.868,31
MENOS SUBSIDIO (33%)	1UN	-1.948,28	0,00	-1.948,28
AJUSTE DECENA	1UN	0,02	0,00	0,02

1 – Total $3.920,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

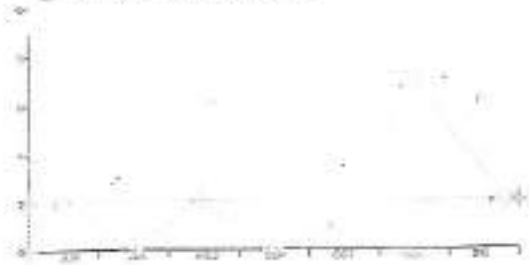
3 – Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $3.920,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Dos | Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
22 Nov. 2025	12975	REAL
23 Dic. 2025	12978	REAL

m³ consumo: 12978 - 12975 * Factor de corrección = 2

Tu próxima lectura será

Entre 18 y el 23 de Enero

Novedades de tu factura

Cuota $ 3.920,00

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. 2030

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

Costo del m³ de gas este mes es de $2571

Sep. $2719 Oct. $2743 Nov. $2742

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

Componentes tarifarios

Gm: 1324.93 Tm: 382.57 Dm: 588.11 Cm: 0.0
P: 60.00 Cvm: 0.0 Cvfm: 0.0 Cvsm: 0.0
Com: 0.0 Fpom: 42.512 DAUR: 0.0 DAUVR: 0.0

Mpm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 36
kWh/m³ poder calorífico del GNV es: $163,334

Factor de corrección

Vm: 3 Pb: 0.78758 Pf: 1.00024 Pt: 0.77253
Vb: 4 Tm: 13.74 Tb: 15.56 Pa: 1.01809
Fa: 0.752 Pm: 0.8284 P Sm: 1.0

Factor de corrección: 0.77253

Indicadores de calidad

IAGC: 1000 DES: 0.0 IC: 100.0 IPC: 100.0





(415)7709998028025(8020)61908887(3900)0000000003920

71423

C1

Factura No. F1597303679

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de HISTORIA CLÍNICA: 74

MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003223594

FECHA: 06-02-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kiki

COLOR: Blanco / Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 7 BM PESO: 2.7 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diego Armando Hernandez Rodriguez

DIRECCION: el 73 D N° 100-65

TELÉFONO: 3164762241

CEDULA: 80097438

CORREO ELECTRÓNICO: diarman83@gmail.com.

BARRIO: Sabana Grande ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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: 140 l/m F. RESPIRATORIA: 30 r/m TEMPERATURA: 38,1 °c TLLC \ seg MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

FIRMA

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

FIRMA

FONTISON

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 antibióticos, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
DIEGO HERNÁNDEZ	80'097.438 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 80097438
HERNANDEZ RODRIGUEZ
APELLIDOS
DIEGO ARMANDO
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 24-ENE-1983
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
01-FEB-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860063875-8
Calle 83 No. 33 – 48 Piso 2

Para pagar y consultar su factura en línea, use:

2365548-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 380025713-8

CLIENTE

RUTH JANNETH INFANTE TORRES
CL 13 D NO 100 65 CA 72
BOGOTA, D.C. - SABANA GRANDE

18 315 0945 / 921 168

¿Quieres ver tu factura en línea? Escanea el código

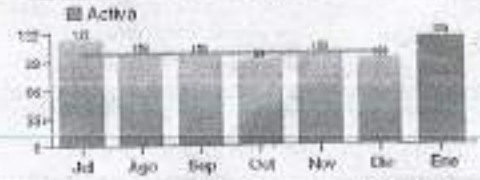
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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 asegures de pagar solo por la energía que consumiste.



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $788,09

CONSUMO DIARIO: 4,09 kWh

VALOR DIARIO: $1.900

PERIODO FACTURADO: 03 DIC/2025 A 02 ENE/2026

DIAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES: 125 kWh

Active nuestro servicio sobre la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía aproximado diario de cada mes.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	4,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR NO:	[illegible]
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CANALES DE ATENCIÓN

Bogotá, Sabana y Cundinamarca
605 5 515 115

115 Opción 1

605 5130000

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios actuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Efectivi

Centros de Recaudo

Almacenes de Cadena

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. Cra 4 No. 51A-25

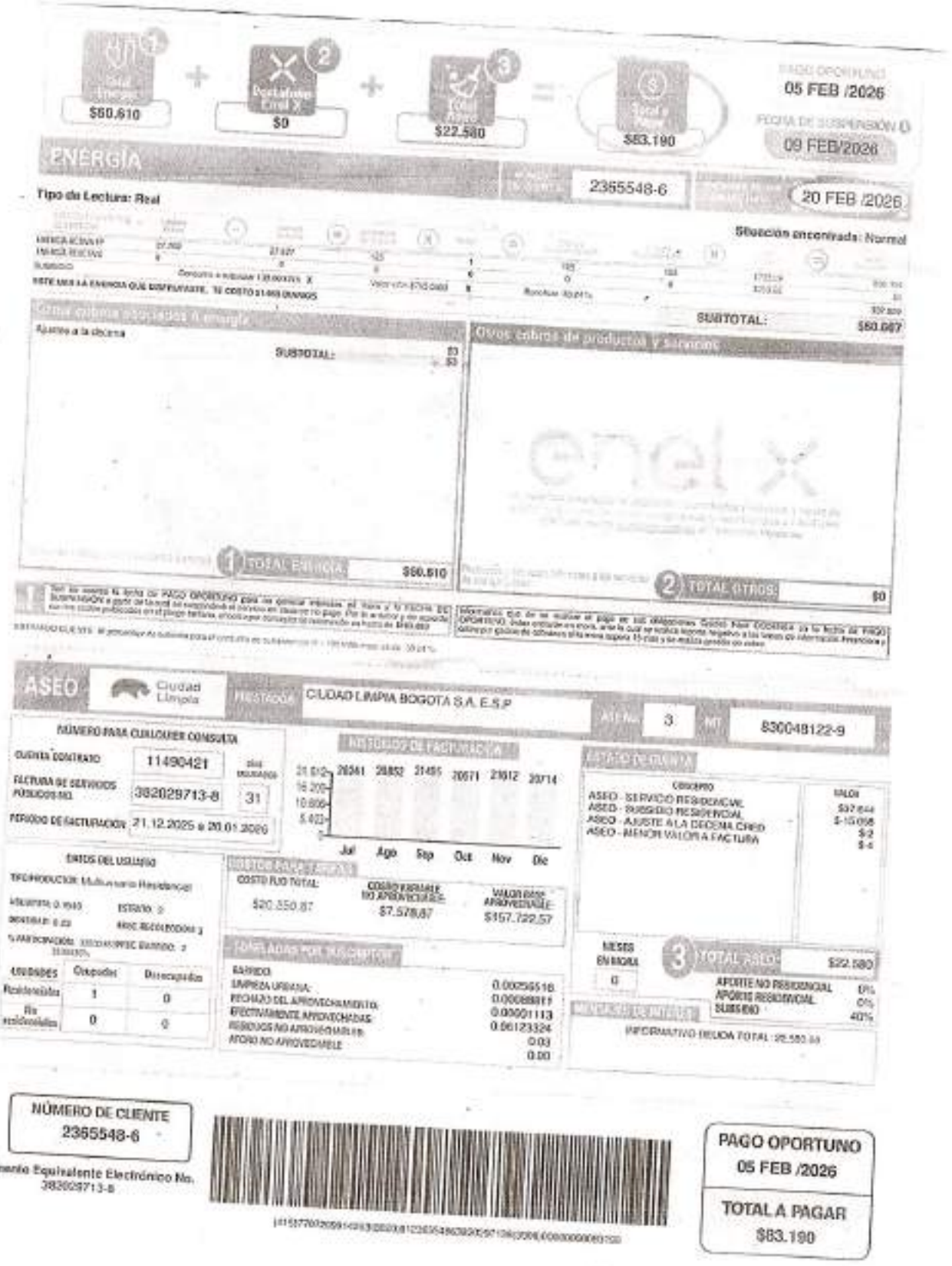
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 69 - 00

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 80A # 91-30 Local 103-104

Línea de servicio al cliente 115

COMPONENTE TARIFARIO: / Componentes del cobro: Vigencia: 01/12/25

FECHA GENERACIÓN: 27/01/2026 01:10:30
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2026 10:46:10



$60.610
$0
$22.580
$83.190
PAGO OPORTUNO 05 FEB /2026
FECHA DE SUSPENSIÓN 09 FEB/2026
ENERGÍA
2365548-6
20 FEB /2026
Tipo de Lectura: Real
Situación encontrada: Normal
SUBTOTAL: $60.067
Otros cobros asociados a energía
Ajustes a la decena
SUBTOTAL: $0
Otros cobros de productos y servicios
enel x
1 TOTAL ENERGÍA $60.610
2 TOTAL OTROS $0
ASEO
Ciudad Limpia
PRESTADOR CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P
NIT 830048122-9
NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA
CUENTA CONTRATO 11490421
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO. 382029713-8
DÍAS FACTURADOS 31
PERÍODO DE FACTURACIÓN 21.12.2025 a 20.01.2026
HISTÓRICO DE FACTURACIÓN
21.012 20341 20852 21455 20571 21012 20714
16.209
10.806
5.403
0
Jul Ago Sep Oct Nov Dic
ESTADO DE CUENTA
Concepto
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREC
ASEO - MENOR VALOR A FACTURA
Valor
$37.644
$-15.056
$-2
$-4
DATOS DEL USUARIO
ESTRATO 2
Unidades Ocupadas Desocupadas
Residenciales 1 0
No residenciales 0 0
COSTOS PRESTACIÓN
COSTO EUO TOTAL $20.550,87
COSTO EVITABLE NO APROVECHABLE $7.578,87
VALOR BASE APROVECHABLE $157.722,57
TARIFAS APLICADAS POR SUSCRIPTOR
CONCEPTO
LIMPIEZA URBANA 0.00256516
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO 0.00088811
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS 0.00001113
RESIDUOS NO APROVECHABLES 0.06123324
ATORO NO APROVECHABLE 0.03
0.00
MESES EN MORA 0
3 TOTAL ASEO $22.580
APORTE NO RESIDENCIAL 0%
APORTE RESIDENCIAL 0%
SUBSIDIO 40%
INFORMATIVO DEUDA TOTAL $5.580,00

NÚMERO DE CLIENTE
2365548-6

Cumanio Equivalente Electrónico No.
382029713-8

PAGO OPORTUNO
05 FEB /2026

TOTAL A PAGAR
$83.190

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 75

MICROCHIP: 5 Expiry-Date: 2030/09/02 No. 900255003223438

FECHA: 06-02-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Campanita

COLOR: Blanco | amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 7M PESO: 2.7 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Milena Martinez Cortes

DIRECCION: cl 77c N° 73A-70

TELEFONO: 3173653802

CEDULA: 1.105.786.823

CORREO ELECTRÓNICO: martinezcortesanamilena@gmail.com

BARRIO: Puente Grande ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,5 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	0,1 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al someter 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:
Milena Martinez	1105786823

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 1.105.786.823
MARTINEZ CORTES
APELLIDOS
ANA MILENA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-OCT-1991
HONDA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 AB+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-ENE-2010 HONDA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
0021753ZAA 1 30140514

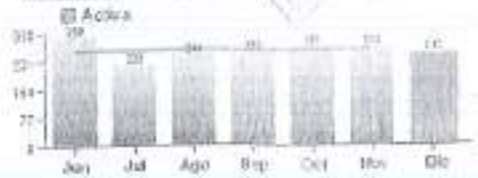
enel Bogotá

2038351-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 370000P9-2

52205

BENJAMIN SEPULVEDA DURAN
CL 17 C NO 134 70 MZ J CA 13
VILLA ANDREA MZ J CA 13,
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE



VALOR KWH APLICADO
$600.09

CONSUMO DIARIO
8.23 kWh

VALOR DIARIO
$5.220

PERÍODO FACTURADO:
20 NOV 2025 A 19 DIC 2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES
247 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDICIÓN y al CONSUMO de energía sin encuentro directo de personal!

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

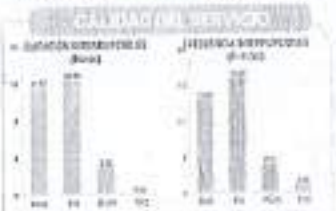
El hurto de energía puede causar accidentes, cortocircuitos y fallas en el servicio.

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



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA KW:	2.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR No:	[illegible]
SUBCLASE:	Bifásica



USO EFICIENTE DE ENERGÍA

Mantenga los aparatos eléctricos en buen estado. Bifásica evita incidentes, prefiera el uso general en días de temperatura o lluvias.

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca
601 5 115 115

115 Bifásica

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Bancolombia

Corresponsales Bancarios

RED CADE

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOTORA DE ASEO DEL DISTRITO S.A.E.S.P.

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ D.C. S.A. E.S.P.

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

Línea de servicio al cliente 110

En esta factura está un servicio adicional al que corresponde el valor no incluido en todos anteriores, el cual optó pagar al consumo de los clientes Bifásica, por una única vez y no afecta los consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 Art 150.

FECHA GENERACIÓN
23/12/2025 01:07:41
FECHA EXPEDICIÓN
23/12/2025 10:54:09

CUDE: a9d37d6582a2ab8e75a1a7c1e0f13ee4e8a1f0c4b1f2a4e9d3c8b5e7d2c6f0a3b1e4d9c2a8f5b7e0d3c6a9f2b4e1d8c5a7f0b3e6d9c2a5f8b1e4d7c0a3f6b9e2d5c8a1f4b7e0d3c6a9f2b5e8d1c4

$128.060 | $0 | $40.220 | $168.280

07 ENE /2026

09 ENE/2026

2038351-1

20 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL $135.595

$123.060

$0

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

NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO 70202153

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO. 378250876-2 — 30

PERIODO DE FACTURACIÓN 10.11.2025 a 10.12.2025

CONCEPTO	VALOR
ACSD - SERVICIO RESIDENCIAL	$37.634
ASSD - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-28.814

COSTO PLENO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR DE SUS APROVECHABLE
$35.184,07	$12.763,71	$154.680,58

UNIDADES	Grupales	Desocupados
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

BARRIDO	0.00246426
LIMPIEZA URBANA	0.00133599
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO	0.00031407
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS	0.09982574
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.00
APORTE NO APROVECHABLE	0.00

DESCUENTO POR MORA $40.220

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

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 40.220,00

NUMERO DE CUENTE
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 - Número de Historia Clínica: 76 | MICROCHIP: SI Número: Expiry-Date:2030/09/02 900255003223437 | FECHA: 06-02-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna | COLOR: Blanco / Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 7M | PESO: 7.9 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Milena Martinez Cortes | DIRECCION: Cl 77c N° 73A-70 | TELEFONO: 3173653802

CEDULA: 1105786823 | CORREO ELECTRÓNICO: martinezcortesanamilena@gmail.com

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

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m | F. RESPIRATORIA: 20 r/m | TEMPERATURA: 38 fc | TLLC \ seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: 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 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 le acepto los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Milena Martinez	1105986823

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 1.105.786.823
MARTINEZ CORTES
APELLIDOS
ANA MILENA
NOMBRES
Ana Milena M
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-OCT-1991
HONDA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 AB+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-ENE-2010 HONDA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

enel Bogotá

2038351-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No.

BENJAMIN SEPULVEDA DURAN
CL 17 C NO 134- 75 MZ J CA 13
VILLA ANDREA (MZ J CA 13)
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

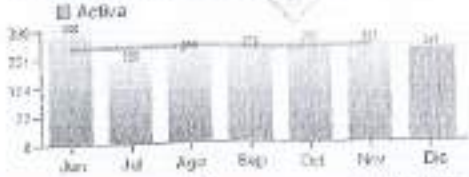
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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**



Activa



VALOR KWH APLICADO
$000.00

CONSUMO DIARIO:
0,00 kWh

VALOR DIARIO:
$0.000

PERIODO FACTURADO:
20 NOV 2025 A 19 DIC 2025

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES
247 kWh

Esta nueva factura tiene acceso a la LECTURA DE TU MEDICIÓN y el CONSUMO de energía se encuentra dentro de la habitual

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	5,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10003 0033 0010
RUTA LECTURA:	33 003 120007
VANZANA DE LECTURA:	0150 0041 210
MEDIDOR NO:	10205309
SUBCLASE:	Estrato



USO SEGURO DE ENERGÍA

Mantenga los aparatos eléctricos lejos del agua. Reconozca enchufes, planchas o cargadores antes de tocarlos o desechar.

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Sumapaz
601 5 135 135

115 Estrato hasta 24 horas

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billeteras virtuales

Corresponsales Bancarios

Red Efectivo

Canales de Recaudo

Código QR

RED CADE

Recaudo Otras Ciudades Colombia

Recaudo Convenio Cadena

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PRODAM DENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. TV 4 No. 31A-03

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

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S. A. E. S. P. Calle 100 # 54 - 38 Int. 1 Local 125 126

Líneas de servicio al cliente 116

En esta factura se ha incluido el valor que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 6 meses, por una única vez y no afecta los consumos futuros, conforme a la Ley 142 reglas (Art 150).

FECHA GENERACIÓN:
23/12/2025 01:07:01
FECHA EXPEDICIÓN:
23/12/2025 10:44:53

CUDE:

$128.000 + $0 + $40.220 = $168.280

07 ENE /2026

09 ENE/2026

ENERGÍA

2038351-1

20 ENE /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL $156.505

Ajustes a la factura
COMPENSACREG 202512
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA
MENOR VR SUBS TARIFA APLICADA
SUBTOTAL

$128.000

$0

ASEO

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

3

830048122-9

NÚMERO PARA EVALUACIÓN CONSUMO

CUENTA CONTRATO 70202153

FACTURACIÓN SERVICIOS PÚBLICOS NO. 375050876-2

30

PERIODO DE FACTURACIÓN 19.11.2025 a 18.12.2025

41.780 31.335 20.890 10.445 0

41169 30363 4835 41500 40125 41733

Jun Jul Ago Sep Oct Nov

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$67.694
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-26.843

DATOS DEL USUARIO

Uso Residencial

Suscriptor Estrato 2

Residencial Área Residencial 3

Tarifa Aplicada 2

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

COSTO FIJO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR DEL APROVECHABLE
$35.184,07	$12.763,71	$154.660,58

BARRIDO	0.00245426
LIMPIEZA GENERAL	0.03133935
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO	0.03001407
EFECTIVAMENTE APROVECHABLES	0.05892574
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.03
APORTE NO APROVECHABLE	0.00

MESES ENMORA 0

$40.720

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

INFORMATIVO DEUDA TOTAL 40.020,00

NÚMERO DE CLIENTE
2038351-1

Documento Equivalente Electrónico No. 375050876-8

PAGO OPORTUNO
07 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$168.280

FONTISÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC: Número de Historia Clínica: 77

MICROCHIP: Expiry Date: 2030/09/02 900255003223121

FECHA: 06-02-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Molly

COLOR: atigrada Gris

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA Mestiza EDAD 8M 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 X CONCENTRADO ___ MIXTO ___ OTRO

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Russ by Mercedes Torres Rivera

DIRECCION: Kr 136A N° 77D60

TELEFONO 3705545592

CEDULA: 52.487.127

CORREO ELECTRÓNICO: torresrivera@yahoo.es

BARRIO: Puente Grande ESTRATO: 2. LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 04/25.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m F. RESPIRATORIA: 23 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.6 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	0,1 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Angela Marcela Diaz Médica veterinaria T.P: 45035	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/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 neumológicas 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 otros sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Duvan Toro	52493121

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 52.487.121
TORRES RIVERA

APELLIDOS
RUSSBY MERCEDES

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-ABR-1980
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

02-DIC-1998 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Carrera 9 No. 72-21 Piso 7

Cuenta de cobro
4469899-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 9017929899-8

CLIENTE

MARIA MATILDE RIVERA DE TORRES
KR 136 A NO 17 D 59 PI 2 Y 3
FACHADA
BOGOTA, D.C. - FUENTE GRANDE

18 351 0913 / 180254

Cargamos la factura virtual y facturas de energía

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR KWh APLICADO: $765.69

CONSUMO DIARIO: 6.47 kWh

VALOR DIARIO: $5.058

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

DIAS FACTURADOS: 32

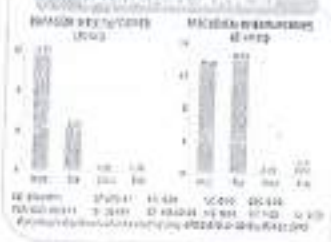
CONSUMO MES: 207 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y a CONSUMO de energía en el recuento donde no pudimos!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10003103518003
RUTA LECTURA:	101031 10403
MANZANA DE LECTURA:	AAS0041937
MEDIDOR NO:	1202*1
SUBCLASE:	Basico

HISTORICO DE MEDIDA



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 6 315 115

115 Opción 1 las 24 horas

Línea gratuita nacional 018000 115 115

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOTORA AMBIENTAL DISTRITO 4 S.A.S. E.S.P.	TV 4 No. 64-43
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6A - 28
AMBIENTAL DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 163 # 54-30 Local 123-124

Línea de servicio al cliente: 115

COMPONENTES TARIFARIOS | Componentes del costo | Vigencia: dic-2025

IMPORTANTE: De conformidad con la resolución CREG 015 de 2018, la factura incluye el Código de Frenos, el cual incluye información sobre quejas y reclamos presentados ante el ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. a través de los diferentes canales de atención.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. podrá suspender el servicio por mora en el pago de la factura, de conformidad con lo establecido en el artículo 140 de la Ley 142 de 1994, a partir de la fecha de vencimiento de la factura. Para mayor información, consulte en nuestra página web www.enel.com.co.

Para el servicio de alumbrado público, el Distrito cuenta con un sistema de información de alumbrado público en la Ley 142 de 1994, a partir de la fecha de vencimiento de la factura. Para mayor información, consulte en nuestra página web www.enel.com.co.

Para el servicio de alumbrado público, el Distrito cuenta con un sistema de información de alumbrado público en la Ley 142 de 1994, a partir de la fecha de vencimiento de la factura. Para mayor información, consulte en nuestra página web www.enel.com.co.

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 01:05:21
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2026 11:11:15

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 78

MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003223126

FECHA: 06-02-26.

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LUNA

COLOR: Carey

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

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Eduardo Cortes Carreño

DIRECCION: Kr 136 A N° 77 D 59

TELEFONO: 3793303678

CEDULA: 5.688.753

CORREO ELECTRÓNICO: josecortes9377@gmail.com.

BARRIO: Puente Grande ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud → tenedor reporta fractura tren posterior

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Fractura en pelvica tren posterior.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m F. RESPIRATORIA: 20 r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		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.)	0,2 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Angela Marcela Diaz Médica Veterinaria T.P : 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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 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:
	5688153

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 5.688.153
CORZO CARREÑO

APELLIDOS
JOSE EDUARDO

NOMBRES



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

1.63 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

03-MAR-1978 MOGOTES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

enel | Bogotá

4469899-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No.

CUENTA

MARIA MATILDE RIVERA DE TORRES
KR 136 A NO 17 D 59 PI 2 Y 3
FACHADA
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

¿Quieres ir a otras vistas? Escanea el código

COMPORTAMIENTO DE CONSUMO

El Ahorro

Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene
141	124	82	141	141	141	207

VALOR kWh APLICADO $783,89

CONSUMO DIARIO 6,47 kWh

VALOR DIARIO $5.054

PERÍODO FACTURADO: 20 DIC/2025 A 20 ENE/2026 | DÍAS FACTURADOS: 32 | CONSUMO MES 207 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 asegurás de pagar solo por la energía que consumiste.



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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	K0003103166553
RUTA LECTURA:	131031604G
MANZANA DE LECTURA:	M0030941837
MEDIDOR MO:	103251
SUBCLASE:	Sisben

UBICACIÓN DE MEDIDA

Revisa tus datos registrados. Mantenerlos en buen estado es una forma sencilla de asegurar el uso adecuado de la energía.

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 605 6 135 335

115 Opción 1 de 24 horas

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

[illegible] DISTRITOS A.S.E.S.P.	TV 4 No. 53A-25
CAQUEZA S.A. E.S.P.	Avenida Bogotá # 8-20
[illegible] CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle [illegible]

Línea de servicio al cliente 115

¿COMO PAGARA TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billeteras virtuales

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

COMPONENTES TARIFARIOS | Con permiso del CSED

FECHA GENERACIÓN 29/01/2026 01:06:31
FECHA EXPEDICIÓN 23/01/2026 11:11:15