FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZ ... CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
HC - 1 (Número de historia clínica)	900255003229441 (Número de microchip)	06-03-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nala				COLOR: Arena	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA Mestizo	EDAD 2A	PESO: 14.8 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Helena Bainal Veloza	DIRECCION: Kr 105 N 19-77	TELEFONO 3166128146
CEDULA: 39.757 286	CORREO ELECTRÓNICO: helen5342007@hotmail.com	
BARRIO: Centro Fontibon / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NK: Tecnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X
N/A	N/A	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: 178 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 38,1 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.8 ml	5-7mg/kg IV
	Propofol	1.5 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.48 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 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	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Medico 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.

Asi 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:
Helena B V.	39757296 Bta

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.757.286**

BERNAL VELOZA
APELLIDOS

HELENA
NOMBRES

Helena Bernal
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-FEB-1971**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-JUL-1989 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500109-45129362-F-0039757286-20060330 01227 060628 02 154936541

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: HC. 2 (Número de Historia clínica) | MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003224344 | FECHA: 06-03-26.

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD LALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: ZUKY | COLOR: Blanco Gris

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA Shih-Tzu | EDAD 7 0 M | PESO: 7.6 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Blanca Sirda Sanchez | DIRECCION: cl 23 g # 104B64 | TELEFONO: 3219414059.

CEDULA: 51.699.475 | CORREO ELECTRÓNICO: anderson perez@hotmail.com

BARRIO: Versalles | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: oct/25 | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: dic/25

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa | PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa: Agosto/25

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 124 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,2°C | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.7 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.4 ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.7 ml.	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.28 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 (marcación/castración), que han sido manifestados de manera libre y voluntaria así: ACEPTACION X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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 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:
Blanca Daniela	51.699.475. Bta

Yo,_____identificado con CC. No_____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor	Nro. Identificación	FIRMA

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

Nombre del Responsable/Tutor	Nro. Identificación	FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.699.475

SANCHEZ

APELLIDOS

BLANCA SICELA

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 25-AGO-1961

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

16-NOV-1981 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00155456-F-0051699475-20090409 0011107107A 1 1119045085

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

JOSE VICENTE PEREZ
CL 23G 104B 64 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097197-167415.

Lote: P13GN **Ruta:** 0011020160230005000 **Código del Sector:** 326

Cuenta o referencia de pago **61255985**

vanti Listo

Compra
Selecciona, cotiza y compra el gas, estufa y mucho más, y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 6.900.000**



Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Comprimido S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Cetsgas S.A. ESP. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancario ofrecido por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de la política de financiación, consultalas en grupovanti.com/vantilisto

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¿Ya conoces tu **FACTURA EN LÍNEA** y pagas a través de:



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



Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra redes sociales como @grupovanti y conoce 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 consignas 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.

Si le suspenden el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en cero días se reconectará sin costo alguno. Consulte el reglamento de servicios en nuestra página web www.grupovanti.com. Si no está de acuerdo con la suspensión o corte del servicio, puede presentar su reclamo ante Vanti S.A. ESP. Si no está de acuerdo con la respuesta, puede acudir ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los 15 días hábiles siguientes al vencimiento del plazo de suspensión. Sobre el contenido de la factura el cliente cuenta con los mismos días de reclamo establecidos para el pago oportuno.

CASVANAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.058.824-6

326 0000000000000000 MICR

Factura de gas

Febrero 2026

Cuenta o referencia de pago: 61255985

BOGOTÁ

NIT: 900.007.813-9
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti

más formas de ave

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 05 Mar. 2026
2. Fecha de suspensión: 06 Mar. 2026
3. Periodo facturado: Ene. - Feb. 2026
4. Emisión de tu factura: 19 Feb. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	SM3	2.351,41	0,00	22.982,69
FIJO	1UN	4.156,00	0,00	4.156,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,31	0,00	1,31

1 Total $27.150,00

Tus financiaciones

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

2 Total $0,00

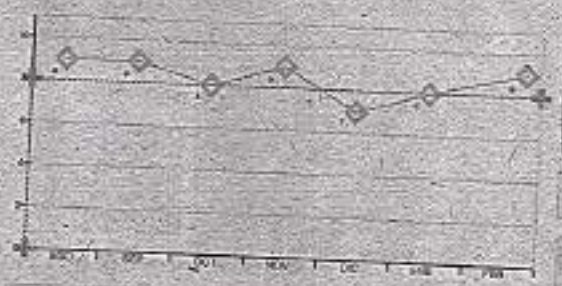
3 Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $27.150,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
17 Ene. 2026	2778	REAL
16 Feb. 2026	2790	REAL

m³ consumo= 2790 - 2778 * Factor de corrección = 9

Tu próxima lectura será: Entre 13 y el 18 de Marzo

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 $82.580

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: **30 Mar. 2030**

Agenda y tu RPO

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2551

Nov. $2742 Dic $2671 Ene. $2544

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

Componentes tarifarios

Gm: 1.569,37 Tm: 583,81 Dm: 582,69 Cm: 3.991,49
Pr: 64,63 Cvm: 0,0 Cdm: 4.156,0 Cvnr: 295,0
Cvnr: 0,0 Pcom: 42,438 DALR: 0,0 DALRC: 0,0

Mjte: Tu consumo en m³ de gas equivale a 106 kWh y el precio unitario del kWh es $254,12

Factor de corrección

Vm: 13 Km: 0,76967 Kt: 1,0081 Pt: 0,77185
Vb: 9 Tm: 13,81 Tb: 15,56 Pb: 1,01938
Pm: 0,731 Pm: 0,0034 Pb: 1,0
Factor de corrección: 0,77196

Indicadores de calidad

IRST: 100,0 DES: 0,0 IO: 0,0 IPE: 100,0



(415)7709998026025(8020)61255985(3900)000000027150

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

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

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

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

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

Conociendo los anteriores riesgos, principalmente dados por su conformación anatómica, y que en jornada masiva /gratuita de esterilización no se van a tener como lo son:
Los pacientes ingresan sin exámenes pre anestésicos, lo cual genera que pueda tener alteraciones y no sean detectadas y el paciente fallezca o presente complicaciones post quirúrgicas
Los pacientes ingresan sin valoración cardiaca completa lo cual genera que pueda tener alteración cardiaca y por esto fallecer
Los pacientes ingresan sin rx cuello y tórax, lo cual genera que no sepamos si presenta alteración en su tamaño traqueal y no sepamos con exactitud que tamaño de tubo usar y pueda existir lesión traqueal
La anestesia no es inhalada, lo cual implica más tiempo de recuperación/despertar por ende mayor posibilidad de fallecimiento o complicaciones.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN

BOGOTÁ

Yo Blanca Davila, identificado con cédula de ciudadanía número _____ de _____ autorizo el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino (X) felino ( ) de Nombre Zuley Raza Shitzu. Edad 10 meses.

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

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

NOMBRE TUTOR RESPONSABLE: Blanca Davila

CEDULA: 51 697.475

FIRMA: Blanca Davila

FECHA: Marzo 6. 2026. JORNADA Esterilización Parque Rubí

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILI Expiry-Date: 2030/09/02 LINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - 3 (Número de historia clínica) | MICROCHIP: 900255003229443 (Número de Microchip) | FECHA: 06-03-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Cancla | COLOR: Negro / fuego

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 2A | PESO: 7.52 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: Yulys Maria Gonzalez Epiayu | DIRECCION: Kr 103B # 16F 68 | TELEFONO: 3748245087

CEDULA: 6603598 | CORREO ELECTRÓNICO: yulysmillan@gmail.com.

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

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

3. ANAMNESIS

Buena salud → Parto 17 enero

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

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: 130 l/m | F. RESPIRATORIA: 24 r/m | TEMPERATURA 38,1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.5 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	3 ml	5-7mg/kg IV
	Propofol	1.5 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN G S.P.B.I	1.5 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.6 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P 45036 — FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Angela Marcela Diaz Hernandez Médica Veterinaria T.P 21530 — FIRMA

FONTIBÓN

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/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

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

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

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

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

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

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

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención acumo 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:
Yuli	6603598

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
PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 6603598

GONZALEZ EPIAYU
APELLIDOS

YULYS MARIA
NOMBRES

VEN F
NACIONALIDAD SEXO

25680503
DNI Nro

09-10-1989
FECHA DE NACIMIENTO

01-12-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



FIRMA

E1308757

TIPO DE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria

Carlos Fernando García Manrique
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN

www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6603598<<1<<<<<<<<<<<<<<<
8910093F3105308VENE1308757<<<5
GONZALEZ<EPIAYU<<YULYS<MARIA<<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá ESP
Nit 899 999 094 - 1

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 03 RUTA: 033358

BIMESTRAL

10306607	19895639912
Cuenta contrato Num. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Período facturado NOV/14/2025 - ENE/13/2026

Pago oportuno FEB/18/2026 Suspensión FEB/23/2026

Fecha aceptación primera factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ABR/13/2026	FEB/03/2026 08:38:51	FEB/03/2026 11:32:08

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA CECILIA OLAYA DE ESPEJO

Dirección del predio
KR 103B 16F 68

Barrio: EL CARMEN Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

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

Datos de tu medidor
Marca: H COS DE ACTARIS Tipo: VELOCIT
Serie: A15 [illegible] Diámetro pulgadas: ½

Agradecemos tu compromiso con el uso responsable y el ahorro del agua. Juntos hacemos la diferencia.
En www.acueducto.com.co cuidamos el agua para cuidar de ti.

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

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

Llámanos 116 Acueducto

cadena.

27258 95161 46997

Be 20

TRANSACCIÓN REALIZADA
POR BEMOVIL

FECHA
PUEBLO/LETO
ID POV
NUMERO
COMERCIO

ID TRANSACCIÓN
CUS
AUTORIZACIÓN
REFERENCIA DE PAGO

COSTO
VALOR
ESTADO

este período

promedio de consumo fue 11m³

ESTADO CONSUMO

ste más agua que en el anterior

lidor

Facturado con
Base promedio
Descargue fuente abierta
Consumo totalizadora

Lectura
Número peligrados

le explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
12.000	197

Para reducir tu consumo, recuerda:

Aprovechar el agua lluvia para regar las 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
$54.305,84	+	$47.939,98	+	$23
A		B		C D E F

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

Escanea y paga virtual

Total impresos del período

= **Total a pagar** $102.270

Conoce aquí los lugares de pago virtuales o presenciales autorizados

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-) %	Aporte (+) o Subsidio (-) Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
2.00	$3.795,92	15	$2.834	$16.612,24	$16.612,24
12.00	$3.931,55	15	$6.945	$39.693,60	$39.693,60
Subtotal			$9.584		$54.305,84

B Alcantarillado

Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-) %	Aporte (+) o Subsidio (-) Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
2.00	$4.819,99	15	$1.447	$16.612,24	$7.915,98
12.00	$3.822,89	15	$7.063	$39.693,60	$40.024,00
Subtotal			$8.510		$47.939,98

*Corresponde a consumo de hasta 6m³ mensuales (2m³ bimestrales). Para Apoyo solidario Comercial e Industrial | Subsidio aplica para consumos hasta 2m³ bimestrales
**Si la tarifa se determina [illegible] Si aplica un subsidio [illegible] Si hay un aporte se agrega un %

Tasas ambientales

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$16.61	$91.15
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$39.69	$91.15
Total por consumo facturado	$327	$1.094

El Mínimo Vital de un hogar [illegible] de Bogotá, [illegible] un acceso [illegible] de hasta 6 m³ mensuales ($12.464 por cada m³ adicional). Factura a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2 [illegible] $22.410.

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$3
Intereses de mora	$10
Subtotal	13

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

F Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interes	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

I Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, aplicación, datáfono

Nequi Daviplata efecty puntored

Para [illegible] desplazarse a [illegible] autorizados

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$102.270

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURACIÓN, SERVICIO Y PUBLICACIÓN

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: HC - 4 (Número de Historia Clínica)

MICRC: 900255003224351

FECHA: 06-03-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Juna.				COLOR: blanco-gris.	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA Criolla	EDAD 3A	PESO: 7.1 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Vicente Pera Ramirez	DIRECCION: CL 23 G #104B64	TELEFONO 3124677449	
CEDULA: 447200	CORREO ELECTRÓNICO: anderssonperez@hotmail.com.		
BARRIO: La cabaña	ESTRATO: 0	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___
30-12-2025	11-2025.	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: 27-03-2025 HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: 27-03-2025 FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
128 l/m	30 r/m	38.2 °C	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: ____

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.7 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.4 ml	5-7mg/kg IV
	Pisotec	1 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.7 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.3 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ____

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 46036 Dra Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL		FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

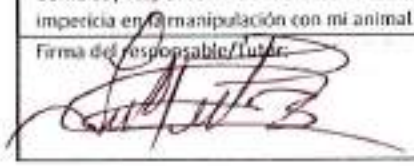
En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	447200

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 447.200

PEREZ RAMIREZ

APELLIDOS

JOSE VICENTE

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-1955

VIANI
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

22-DIC-1977 VIANI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00155464-M-0000447200-20090429 0011164834A 1 1110045083

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: **2729007-2**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3615133374

CLIENTE

SANCHEZ BLANCA SICELA
CL 23 G NO 104 B 84
BOGOTA, D.C. - LA CABAAA FONTIBON

15 31 93717 32988830

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

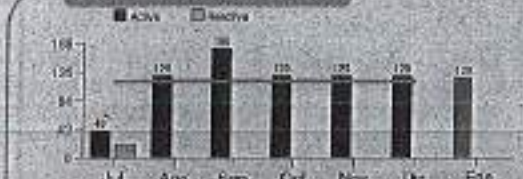
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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 $765,69

CONSUMO DIARIO 3,75 kWh

VALOR DIARIO $7.533

PERIODO FACTURADO 19 DICIEMBRE A 19 ENERO

DIAS FACTURADOS 32

CONSUMO MES 120 kWh

Este mes tuviste acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía es exclusivo de lo especial!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	4
CARGA kW:	10,84
FACTOR:	40
RUTA REPARTO:	1000010311007
RUTA LECTURA:	31511 13072
MANZANA DE LECTURA:	3000840341
MEDIDOR NO:	83988830
SUBCLASE:	Basica

USO SEGURO DE ENERGÍA

Realice las visitas reglamentarias de mantenimiento de sus artefactos de una forma segura de energía, de personas certificadas y evite los riesgos.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115

115 Gratuito las 24 horas

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCION ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P — TV 4 No. 71 A 05

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P — Avenida Bosque # 8 E - 80

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P — Calle 170 # 58 Mitad Local 105, 106

Línea de servicio al usuario 110

Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en: www.enelcolombia.com/sitios especiales "Comparte mi energía"
Aporte sugerido: $11.305

FECHA GENERACIÓN: 22/01/2018 09:26:37
FECHA EXPEDICIÓN: 22/01/2018 13:49:21

Producción Tecnológica, Consulta Tecnología y Servicios SAS con NIT 830.077.997-0

1 Total Energía $113.050 + 2 Portafolio Enel X $0 + 3 Total Aseo $179.830 = Total a Pagar $292.880

PAGO OPORTUNO 02 FEB /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN 04 FEB /2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 2729007-2

FECHA PRÓXIMA LECTURA 17 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CARGO/CONCEPTO FACTURADO	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Consumo Facturado	×	Factor	=	Energía Activa Cobrada	Costo Unitario	×	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA	408		320		88		1		88	$1.286,00		$113.050
ENERGIA REACTIVA	238		237		1		1		1	$1.286,00		$1.286
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20.00 % DEL VALOR FACTURADO											$22.610

ESTE MES LA ENERGIA QUE CONSUMISTE, TE COSTO $0.00 DIARIOS

SUBTOTAL: $113.053

Otros cobros asociados a energía

Alcance a la Decena $-1
Bi NO Residencial $1

SUBTOTAL: $-3

Consumos y Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA $113.050

Otros cobros de productos y servicios

enel X

Te invitamos a conocer el detalle de los productos y servicios a través de la APP, la Sucursal Virtual en la página web o escribiendo a FACTURA VIRTUAL desde tu celular en la opción Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo — 2 TOTAL OTROS $0

Si no cancelas la factura de Enel Colombia para no generar mora antes de ésta y la FACHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio, en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con las normas aplicables en el pago oportuno, el valor por concepto de reconexión es hasta de $[illegible]

Recuerda que de no realizar el pago de tus obligaciones Enel Colombia no te hará reporte DE PAGO OPORTUNO, debes solicitarlo en línea, sobre lo cual no asumimos ningún reporte a tus bases de información financiera y sobre por ganios de enforcer a la mora superior. El cobro y no realiza pagos de cobro.

ESTRATO 0, ENTE: Tarifa Básica de $165,00

ASEO

Ciudad Limpia

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

ASEO: 3 NIT: 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	10087131	DÍAS FACTURADOS
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	381513237-5	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.12.2025 a 18.01.2026	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO NO RESIDENCIAL	$94.600
ASEO - CONTRIBUCION NO RESIDEN	$83.025
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREC	$-2
ASEO - INTERES POR MORA	$315

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Gran Prod. Comercial

VOLUMEN: 1.3734 ESTRATO: 3

DENSIDAD: 4.25 FREC. RECOLECCIÓN: 3

% PARTICIPACIÓN: 0% FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupados	Desocupados
Residenciales	0	0
No residenciales	1	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$20.338,29	$64.656,18	$157.722,67

TONELADAS POR SECTOR

BARRIDO:	0.00206618
LIMPIEZA URBANA:	0.00000011
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001113
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.08123824
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.00
APOBO NO APROVECHABLE	0.34

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO $179.830

APORTE NO RESIDENCIAL	100%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	0%

MENSAJES DE INTERÉS

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 179,830.00

NÚMERO DE CUENTE 2729007-2

Documento Equivalente Electrónico No. 381513237-5

[illegible]

PAGO OPORTUNO 02 FEB /2026

TOTAL A PAGAR $292.880

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Yo JOSE VICENTE PEREZ identificado con cédula de ciudadanía número 447200 de VIANI autorizo el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino (X) felino ( ) de Nombre LUNA Raza HITSHU. Edad 3 AÑOS

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

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

NOMBRE TUTOR RESPONSABLE: JOSE VICENTE PEREZ

CEDULA: 447200

FIRMA:

FECHA: 06-03-2026 JORNADA Parque El Ruby

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZ Expiry-Date: 2030/09/02 NAS

HISTORIA CLÍNICA: HC - 6 (Número de Historia clínica)

MICROCHIP: 900255003229595 (Número de Microchip)

FECHA: 06-03-26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sol				COLOR: Blanco	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: Mestizo	EDAD: 2A	PESO: 10.4 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: Myriam Yagama Arevalo		DIRECCION: Kr 99 Bis 74-05	TELEFONO: 3108709678
CEDULA: 35.507658		CORREO ELECTRÓNICO: hogardepasomiscachorros@gmail.com	
BARRIO: Zona franca	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___
Dic/25	N/A	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: 124 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA 38.4 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosada s

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2 ml	5-7mg/kg IV
	Propofol	1 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENIS P B J	1 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.4 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	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 Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Yeyson Zagama	77.507.658

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor	Nro. Identificación	FIRMA

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

Nombre del Responsable/Tutor	Nro. Identificación	FIRMA


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 35.507.658
YAGAMA AREVALO
APELLIDOS
MYRIAM
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-1966
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
10-DIC-1984 SUBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: HC- 6 (Número de Historia clínica)	MICROCHIP: Expiry Date: 2030/09/02 900255003229591	FECHA: 06-03-2026.

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA X ___ COMUNIDAD ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LUNA				COLOR: BLANCO	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: MESTIZO	EDAD: 9M	PESO: 7.6 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO ___	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO ___ OTRO ___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Myriam Yagama Acuña		DIRECCION: Kra 99bis No 14-05	TELEFONO: 3108709678.
CEDULA: 35.507.658		CORREO ELECTRÓNICO: hogardepaomniscachorros@gmail.com	
BARRIO: Zona Franca	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

BUENA SALUD EN CELO

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Mar 29/26	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: ① II. III. IV. V. VI. E. — CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 130 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 38.4 °c	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: rosadas	

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.8 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.4 ml	5-7mg/kg IV
	propofol	0.5 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN G P B	0.5 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.3 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Cristina [illegible] Médica 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 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:
Myriam Zagama	35.502.658

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

Nombre del responsable/Tenedor	CC	Firma

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor	Nro. Identificación	FIRMA

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

Nombre del Responsable/Tutor	Nro. Identificación	FIRMA


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 35.507.658
YAGAMA AREVALO
APELLIDOS
MYRIAM
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-1966
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
10-DIC-1984 SUBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERII Expiry-Date: 2030/09/02 ELINAS

HISTORIA CLÍNICA	MICROCHIP	FECHA:
HC- 7 Número de Historia clínica	900255003223168 Número de Microchip	06-03-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Cloe			COLOR: amarillo negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA: Pinscher	EDAD 5A	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 PERRO DE CUADRA OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Myriam Yagama Arevalo	DIRECCION: Kra 96bis No. 14-05	TELEFONO 3108709678
CEDULA: 35.507.658.	CORREO ELECTRÓNICO: hogardepasomisachorros@gmail.com	
BARRIO: Zona Franca / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL	

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X
D.R	D.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:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
116 l/m	24 r/m	37,9°C	2 seg	rosada s

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
		0,3 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 Anestesiologo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especialmente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), dicen ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN__ RECHAZO___ para la realización del proce[illegible] quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701 — FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	T.P 21550 — 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/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas o incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se 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, igualmento 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:
Mayiam Yagama.	35507658

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

Paciente con hipotermia

Nombre del responsable/Tutor	Nro. Identificación	FIRMA

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

Nombre del Responsable/Tutor	Nro. Identificación	FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 35.507.658
YAGAMA AREVALO
APELLIDOS
MYRIAM
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-1966
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-DIC-1984 SUBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500100-01978903-F-0035507539-20190704 0065XXXXA 2 0006877507

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: 8 (Número de historia clínica) | MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003223167 | FECHA: 06-03-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kiwi | COLOR: amarillo / Negro

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Myriam Yagama Arevalo | DIRECCION: Kr 99 Bis 14-05 | TELEFONO: 310 8709678

CEDULA: 35.507.658. | CORREO ELECTRÓNICO: hogar de pasomiscachorros@gmail.com.

BARRIO: Zona Franca | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: N/A | ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 124 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38.4° | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosada

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 me manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento sin exámenes preoperatorios.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 21701 | FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: 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 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 enplantación, 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:
Myriam Yagama.	35.507658

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

Retiro con tratamiento.

Nombre del responsable/Tutor	Nro. Identificación	FIRMA

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

Nombre del Responsable/Tutor	Nro. Identificación	FIRMA


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 35.507.658
YAGAMA AREVALO
APELLIDOS
MYRIAM
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-1966
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
10-DIC-1984 SUBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA		FECHA:
HC - 9 (Número de historia clínica)	900255003229458 (ilp)	06-03-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kira				COLOR: Negro-Fuego	
ESPECIE: CANINO X FELINO__	SEXO: HEMBRA X MACHO__	RAZA Pinscher	EDAD 11m	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__ REGALADO X PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Silvia Marcela Yabrmay Gutierrez	DIRECCION: CL 25 bis No 96-95		TELEFONO 3104862398
CEDULA: 40.418.719	CORREO ELECTRÓNICO: mayagu110479@gmail.com		
BARRIO:	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	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR:
01-2026	02-2026.	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/02/2025 PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 128 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 38.4°c	TLLC 2seg	MUCOSAS: rosada

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.)	0.1 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 exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	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 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.

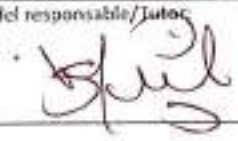
En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

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:
	40.418.719.

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

Paciente presenta edema ojo derecho hemorragico, externos se evidencia hidratado.

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 **40.418.719**

YABISMAY GUTIERREZ

APELLIDOS

SILVIA MARCELA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-ABR-1979**

PUERTO LOPEZ
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-MAY-1997 PUERTO LOPEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-5204500-00228081-F-0040418719-20130303 0021700677A 1 30407008

FACTURA EN LÍNEA

Escanea el código QR, ingresa tu correo en el formulario y empieza 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. Campaña válida entre el 15/12/2025 y 18/01/2026. Promoción válida únicamente para nuevos suscriptores residenciales. No es organizada ni realizada con ocasión juegos de suerte y azar autorizado por la DNAC. Ver Tyc en www.grupovanti.com/tyc

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Botón PSE

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

Escanea para pagar tu factura

Redeban · Bancolombia · BBVA · Bancolombia · Banco Popular · Banco Pichincha · Nequi · daviplata · 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

*El cheque con el que pagues debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía se traduce en una 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.

CAMPAÑA SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 900.[illegible]-[illegible]

¡Hola!

EDGAR ENRIQUE VARGAS
CL 24C BIS A 96 95 117 102 - SAN JOSE DE FONTIBON
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5157198-49773

Lote: POEGN Ruta: 0011020403660005000 Código del Sector: 407

Cuenta o referencia de pago **60847946**

vanti listo

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

vanti

¡TU COMPRA EMPIEZA escaneando el QR!



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

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 947 794
Bogotá (601) 307 4123
Bucaramanga (607) 685 4080

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 415 4164

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

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de manera gratuita al [illegible]

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago 60847946

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1	2	3	4
Pago oportuno 29 Ene. 2026	Fecha de suspensión 30 Ene. 2026	Periodo facturado Dic. - Ene. 2025	Emisión de la factura 15 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CARGO DE DISTRIBUCIÓN	2245	2.543,99	0,00	5.711.134
[illegible]	1.00	4.180,00	0,00	4.180
SUBSIDIO DE DISTRIBUCIÓN	1.00	-1.143	0,00	-1.143

1 — Total $60.140,00

Tus financiaciones

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

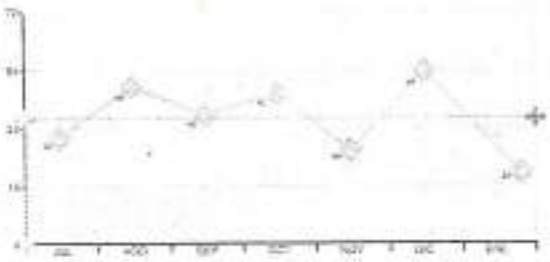
2 — Total $0,00

3 — Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $60.140,0

Pague p.e.

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Con-Tres Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
11 Dic. 2025	7931	REAL
10 Ene. 2026	7960	REAL

m³ corregidos: 7960 - 7931 * Factor de corrección = 22

Tu próxima lectura será: Entre 07 y el 12 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 $71.600

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 May. 2028

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

[illegible] este Mes $ [illegible] $2544

Oct $2748 Nov. $2742 Dic $2571

Tarifa aplicada con [illegible]

Componentes tarifarios

Cm 1335.39 Pm 548.2 Pc 40.14 Cm 2543.68

[illegible] Cm 2543.68

Pm 0.0 Pc 40.4 Cm 0.0

Mpm: [illegible] Pm: 220

Exm y c: [illegible] $231.978

Factor de corrección

Vm: 29 Fc: 0.75926 Pc: 1.00048 Fc: 0.77726

Vc: 22 Tm: 1.17 Tc: 1.04 Fc: 1.21688

Fc: 0.751 Fm: 0.923 Fc: 1.0

Factor de corrección: 0.77726

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IN: 100.0 IRC: 100.0





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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: HC - 10 (Número de historia clínica)

900255003229585 (chip)

FECHA: 06-03-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Atenea | COLOR: blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO | SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA: mestizo | EDAD: 3 A | PESO: 44 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Elizabeth Cuervo Moscoso | DIRECCION: CL 23C N. 98g 24 | TELEFONO: 3054836255

CEDULA: 1000.328.891 | CORREO ELECTRÓNICO: cuervoelizabeth3@gmail.com

BARRIO: Ferrocaja | 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: 15-02-2026

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/12/2025 | PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
128 l/m	30 c/m	38.4°c	2 seg	ROSADO-S.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	9 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	8 ml.	5-7mg/kg IV
	Protofol	2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	4 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 asumir responsabilidades.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Cristina Hernandez Medico 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, tatos, 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:
Elizabeth C.	1000328891

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.000.328.891

Apellidos
CUERVO MOSCOSO

Nombres
ELIZABETH

Nacionalidad
COL

Estatura
1.55

Sexo
F

Fecha de nacimiento
05 JUL 2003

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
13 JUL 2021, BOGOTA D.C.

Firma
Elizabeth C

Fecha de expiración
20 MAYO 2035


CO

0613381O4

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0613381048150O1<<<<<<<<<<
0307053F3505207COL1000328891<9
CUERVO<MOSCOSO<<ELIZABETH<<<<<

Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 900.063.875-9
Calle 93 No. 13 - 45

Para pagos y consultas de número de cliente es:

350715

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 378058784-1

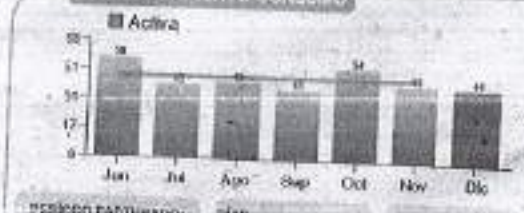
CLIENTE

BLANCA PATRICIA GARZON PRIETO
CL 23 C NO 86 C 24 PI 4
FACHADA
BOGOTA, D.C. - FERROCAJA

07 502 0119 / 25579931

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR KWH APLICADO
$000.00

CONSUMO DIARIO
1.47 kWh

VALOR DIARIO
$807

PERIODO FACTURADO:
06 NOV 2025 A 05 DIC 2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES
44 kWh

¡Este día podrás acceder a la LECTURA DE TU MEDIDOR y su CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3
FACTOR:	3,68
RUTA REPARTO:	1
RUTA LECTURA:	3004007502019
MANZANA DE LECTURA:	3507504000
MEDIDOR NO:	M0206405
SUBCLASE:	2357
	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA

Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Marca: evita sobrecargas, desconecta cargadores cuando no los estés usando y evita...

CONSUMO DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Veces)

PQR'S Y TARIFAS

Regístrate aquí

Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 6 115 115

115 Opción 1

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Efectivo

Centros de Servicio

Código QR

RED CADE

enel

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.E.S.P.	TRANSV 33A 25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Pasoancho # 6 B - 30
AGUA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-30/48 Local 103 104

Líneas de servicio al cliente 116

COMPONENTES TARIFARIOS | Componentes del costo:

FECHA GENERACIÓN: 11/12/2025 01:20:18
FECHA EXPEDICIÓN: 11/12/2025 15:16:10

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZA... CANINAS Y FELINAS

Expiry Date: 2030/09/02

HISTORIA CLÍNICA	MICROCHIP:	FECHA:
HC- 11 (Número de Historia clínica)	900255003224355 (Número de microchip)	06-03-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	ROMA			COLOR:	Blanco / café
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA: Mestizo	EDAD: 8M	PESO: 11.5 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X			TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO CONCENTRADO MIXTO X OTRO	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Viviana Andrea Mora Sanchez		DIRECCION: cl 129 N° 102-37	TELEFONO: 3138006776
CEDULA: 52 485. 722		CORREO ELECTRÓNICO: 3andrea3andreamora@gmail.com.	
BARRIO: La Giralda	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR:		
N/R	enero/26	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa	TRIPLE: dd/mm/aaaa	PENTAVALENTE: enero/26
		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	28 r/m	38.7°c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.1 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.2 ml	5-2mg/kg IV
	propofol	1 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (B.P.B.)	1 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.4 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036 / Médica Veterinaria T.P 21530	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL		FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Andrea Mora	1524857222

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

Nombre de Responsable/Tutor	Nro. Identificación	FIRMA

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 52.485.722



MORA SANCHEZ

VIVIANA ANDREA

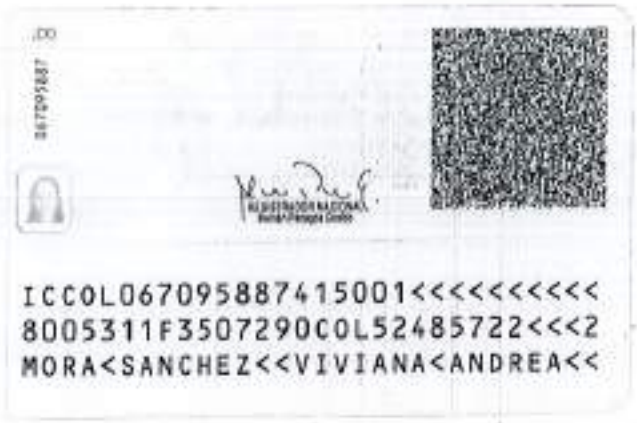
COL | 1.61 | F

31 MAYO 1980 O+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

01 JUL 1998, BOGOTA D.C.

29 JUL 2035



ICCOL0670958874150O1<<<<<<<<<<
8005311F3507290COL52485722<<<2
MORA<SANCHEZ<<VIVIANA<ANDREA<<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: Q3 RUTA: Q33332

BIMESTRAL

10479774	10453992413
Cuenta contrato Núm. de Identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Periodo facturado NOV/14/2025 - ENE/13/2026

Pago oportuno FEB/18/2026 Suspensión FEB/23/2026

Fecha aproximada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ABR/13/2026	FEB/03/2026 08:39:10	FEB/03/2026 11:26:07

¡Hola!

Factura a nombre de

MARTHA MAGDALENA SANCHEZ DE MO

Dirección del predio

CL 220 102 37

Barrio: LA GIRALDA Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca ELSTER Tipo VOLUMISR205
Serie A18FA690221 Diámetro pulgadas ½

Agradecemos tu compromiso con el uso responsable y el ahorro del agua. Juntos hacemos la diferencia.
En www.acueducto.com.co cuidamos el agua para cuidar de ti.

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena.