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 .INAS

HISTORIA CLÍNICA: HC - 46 (Número de Historia Clínica)
MICROCHIP: 900255003229599 (Número de Microchip)
FECHA: 06-03-26.

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ramses
COLOR: Gris ceniZo
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X
RAZA: Mestizo EDAD: 4M 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 ___ MIXTO ___ OTRO ___
ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Helena Bernal Velora
DIRECCION: Kr 705 N 79-77
TELEFONO: 3766128146
CEDULA: 39757286
CORREO ELECTRÓNICO: helen534200 @ hotmail.com.
BARRIO: Cerro Fontibon
ESTRATO: 3
LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Técnico
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: 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: 128 l/m
F. RESPIRATORIA: 24 r/m
TEMPERATURA: 38.2°c
TLLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.5 ml	5-7mg/kg IV
		ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.A.)	0.2 ml	20.000 UI/kg IM
	ESTOXICAM	0.1 ml	1mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

ANGELA MARCELA DIAZ
MÉDICA VETERINARIA
T.P. 45036

Dra Carolina Hernandez
Medica Veterinaria
T.P. 21530

EL CONSENTIMIENTO AUTORIZADO 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: complicaciones cardiacas, respiratorias, reacciones anestésicas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna toda la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que no pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como: inflamación en el punto de aplicación, además de posible infección en el área por el uso posterior de cremas, jabones, talcos, aplicación de antibulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de las 24 horas 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.	39757286 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-0039757286-20050330 01227050628 02 154936541

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 ESTERILIZA... CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: HC - 47 (Número de historia clínica)	MICROCHIP: 900255003229587 (Número de microchip)	FECHA: 06-03-26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dorayman				COLOR: Pardo	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 9M	PESO: 3.7 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Isaias Bermudez Aguilar		DIRECCION: Kr 81A #76C46	TELEFONO: 3225115861
CEDULA: 79.707.052		CORREO ELECTRONICO: jose.bermudez.6108@gmail.com	
BARRIO: El Carmen	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Técnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___
N/A	N/R	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa ___ TRIPLE: dd/mm/aaaa ___ PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa ___ HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: 06-09-25 TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa ___ 06-09-25 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: (I) II III IV V VI E ___ CONDICION CORPORAL: 3

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	T.L.C	MUCOSAS
118 l/m	24 r/m	38.2°C	2seg	Rosados

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.7 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.1 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TRATANTE PROFESIONAL: ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036		FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TRATANTE PROFESIONAL: 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:
Jostbenedet	79107052

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 79.107.052
BERMUDEZ AGUILAR

APELLIDOS
JOSE ISAIAS

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-JUN-1961
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
18-JUL-1979 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

enel Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **7889572-8**

No. Medidor: 23573802

¡Hola!

INGEURBE NA
KR 81 A NO 16 C 46 TO 5 AP 512
11001000
BOGOTA, D.C. - EL CARMEN FONTIBON

Pago oportuno
20 FEB 2026

Fecha de suspensión
24 FEB 2026

Tu próxima lectura
07 MAR 2026

Periodo Facturado:
Del 05 ENE 2026
al 05 FEB 2026
30 días

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

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 3 0 06 800 2432 | Cargo kW: 5,56 | Estrato: 2

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

3 5 06 509 5316

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Ilumina con tecnología LED. Disfruta de espacios brillantes y acogedores mientras ahorras energía todos los días.

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico.

Contáctanos / Puntos de atención Enel

- 316 890 6003 (Elena Bot o Asesor)
- 601 5115 115
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO
- www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
- Emergencias 115 Bomberos Cisco
- Regístrate gratis: Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia
- Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
- Chat de servicio en enel.com.co/es/personas

Operador de aseo

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

Avenida Boyacá # 6 B - 20

Línea 110

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**, opción 2 o a través de nuestra página web **enel.com.co**



¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

- APP bancos
- Cajero electrónico
- Internet
- APP Enel Clientes Colombia
- Teléfono banco
- Botón de pago online
- Débito automático
- Botón de pago

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

Nequi MOVIL dale! Red distrital RED CADE

Centro de servicio enel

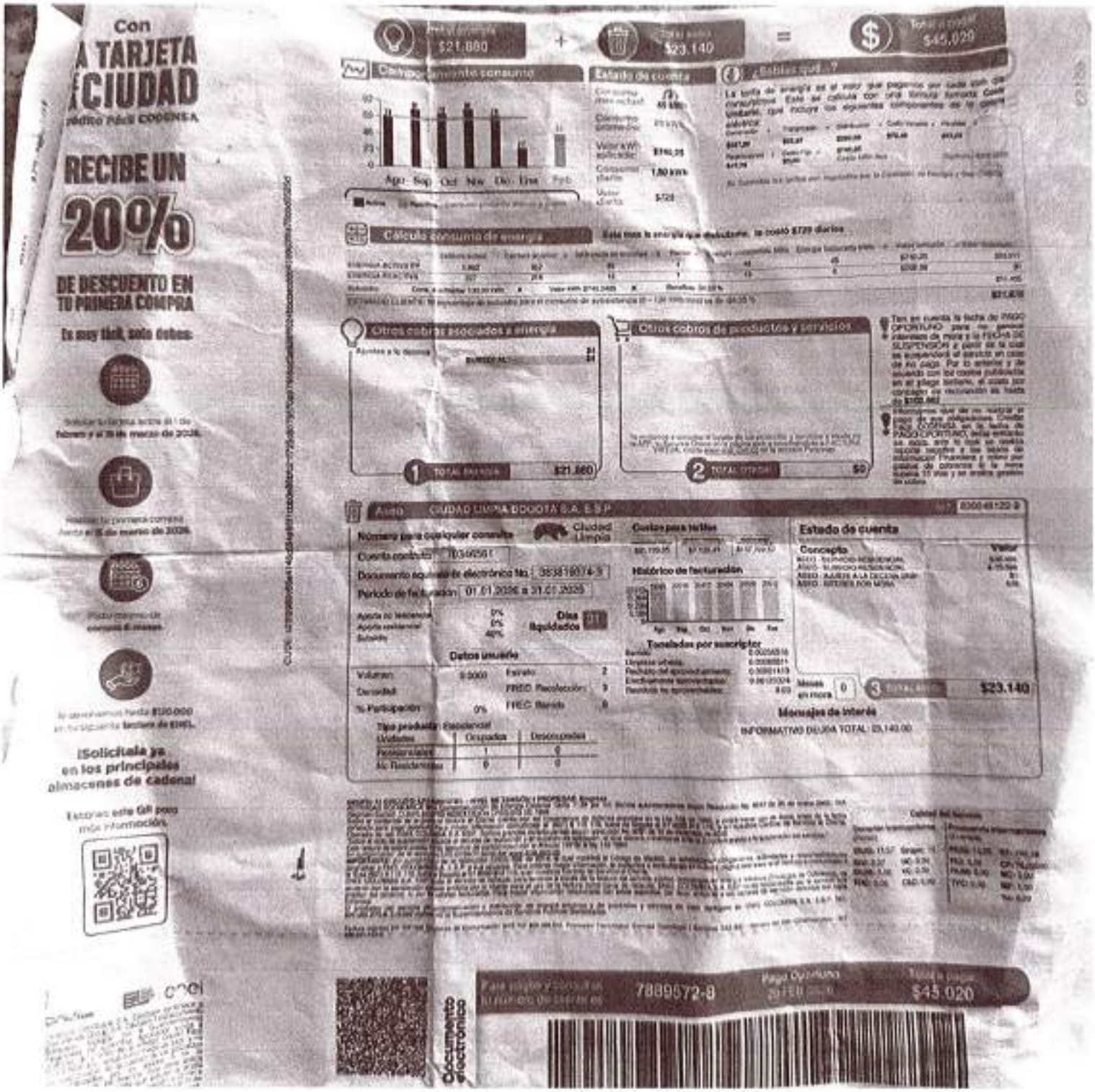
Corresponsales bancarios

CONFIED Reval MOVIRED

Más claro, más amigable. Así es tu nueva factura.

- Diseño que hace que tu experiencia sea aún mejor.
- Información organizada y fácil de encontrar.
- Oferta de productos, beneficios y servicios para tu comodidad





Con
A TARJETA
CIUDAD
Pedro Pérez Cogenea
RECIBE UN
20%
DE DESCUENTO EN
TU PRIMERA COMPRA
Es muy fácil, solo debes:
Solicitar la tarjeta antes del 1 de febrero y el 31 de marzo de 2026.
Realizar tu primera compra hasta el 31 de marzo de 2026.
Pagar con el código QR en nuestros puntos de venta.
Acumularás hasta $20.000 en tu siguiente factura de ENEL.
¡Solicítala ya en los principales almacenes de cadena!
Escanea este QR para más información.
$21.880
$23.140
$45.020
Ciclo de consumo
Estado de cuenta
¿Sabías que...?
Cálculo consumo de energía
Otros cobros asociados a energía
Otros cobros de productos y servicios
TOTAL ENERGÍA $21.880
TOTAL OTROS $0
Aseo CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.
Ciudad Limpia
Número para cualquier consulta
Cuenta contrato 7834591
Documento equivalente electrónico No. 383819074-9
Período de facturación 01.01.2026 a 31.01.2026
Días liquidados 31
Datos usuario
Costos para tarifas
Histórico de facturación
Toneladas por suscriptor
Estado de cuenta
Concepto
Valor
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL
ASEO - AJUSTE A LA DECENA $
ASEO - INTERES POR MORA
$23.140
Mensajes de interés
INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $5.140.00
Tipo producto: Residencial
Unidades
Ocupadas
Desocupadas
Residenciales
No Residenciales
Documento electrónico
7889572-8
Pago Oportuno
$45.020

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	ID	FECHA
HC- 48 (Número de Historia Clínica)	900255003229447	06-03-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Oliver			COLOR:	amarillo
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA: mestizo	EDAD: 4 m	PESO: 1.9 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO___ OTRO___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jina Maria Carvajal Sarmiento		DIRECCION: CL 22L No 96 J 5	TELEFONO: 3115050237
CEDULA: 52.481.037		CORREO ELECTRÓNICO: linamariacarvajal111@gmail.com	
BARRIO: Cofradia	ESTRATO: 3.	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL		

3. ANAMNESIS

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 178 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 39.7 °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	0.9 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	0.08 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Dirigente 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___/ RECHAZO___ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE RESPONSABLE CIUDADANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27707	FIRMA
NOMBRE RESPONSABLE 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:
Ana M. Carvajal Sarmiento	52.481.037 Bté

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 fue con acompañante femenino y se consigna en la cola (perdida)

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
52.481.037
CARVAJAL SARMIENTO
LINA MARIA


20-SEP-1978
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
1.46
O+
F
26-NOV-1996 BOGOTA D.C.

SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
PAGUELA 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 otras ventas cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

- Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Baloto · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco de Occidente · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda · Efecty · 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 Superfoes: Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.085.811-2

¡Hola!

LUCIA SARMIENTO DE CARVAJAL
CL 22L 95J 5 - COFRADIA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077103-277809

Lote: P08GN **Ruta:** 001102032239000900 **Código del Sector:** 321

Cuenta o referencia de pago **61749256**





Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Practi
Comprobante de Pago
Id de
Transaccion:187750001 5,
Fecha:2026-03-02 08:33:45
Producto:Facturas Gas y
Energia
Numero:3028546612
Monto:$143,370
Respuesta:Pago Exitoso
Codigo autorizacion:157271
Nota:
Nombre Convenio:VANTI S
ESP GAS NATURAL
Referencia:61749256
Tipo Pago:Referenciado
Id Aprobacion:157271
Codigo Convenio:90
LINEA DE ATENCION AL
CLIENTE:BOGOTA:74326
/NACIONAL: 018000512
PRACTISISTEMAS:Corte
Banco de Bogota
Reenviar SMS
Vuelva Pronto! Gracias

Febrero 2026

61749256 BOGOTA

NIT: 800.057.813-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

3 Periodo facturado Ene. - Feb. 2026

4 Emisión de tu factura 13 Feb. 2026

Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
43M3	2.551,41	0,00	109.710,63
1UN	4.186,00	0,00	4.186,00
1UN	0,37	0,00	0,37
0	8.718,00	0,00	8.718,00
0	5.565,00	0,00	5.565,00
1UN	11.934,37	2.265,63	14.190,00

1 — Total $143.370,00

Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

2 — Total $0,00

3 — Valor facturas vencidas

$0,11

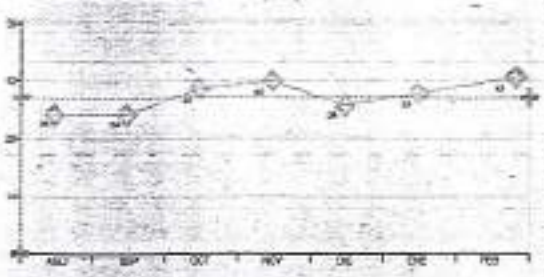
Total a pagar 1 + 2 + 3

$143.370,11

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso:Residencial Estrato/Cat:Tres Días de consumo: 32

Fecha	Lectura	Tipo
10 Ene. 2026	13754	REAL
10 Feb. 2026	13820	REAL

m³ consumo= 13820 - 13754 * Factor de corrección = 43

Tu próxima lectura será: Entre 07 y el 12 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 $83.580

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

29 Jun. 2030

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse en las fechas establecidas en la regulación vigente. *Resoluciones CREG de 2013 y 40 065 de 2017

Agende ya tu RPO aquí

Tarifas

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

Nov. $2742 Dic. $2571 Ene. $2544

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

Componentes tarifarios

Cmc:1309.37 Te: 503.61 Dmc: 503.60 Cm: 2551.41
Pr: 60.61 Com: 0.0 Cuf:m:1186.0 Cuem: 2551.41
Com: 0.0 Fpcm: 42.408 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

kWh/m³ La consumo es m³ de gas equivale: 307
kWh y el precio unitario del kWh es $0.0 (+4)

Factor de corrección

Vm: 55 Kp: 0.76529 Kt: 1.06634 Pc: 0.77114
Vd: 43 Pm: 12.74 Tc: 15.56 Pd: 1.01000
Pa: 0.791 Pmc: 0.823 P pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77114

Indicadores de calidad

INST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPS: 100.0





(415)7709958026025(8021)61749256(3900)000000014337O

Ida Factura No. F1587708284

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	MICROCHIP:	FECHA:
HC- 49 (Número de Historia clínica)	900255003224345	06-03-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Tommy		COLOR:	amarillo	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO ✓	RAZA: Mestizo	EDAD: 4M	PESO: 3.9 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO ___ X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO ___ X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mercedes Lizarazo Rios		DIRECCION: cl 25 g N° 101B-70	TELEFONO: 3124606233
CEDULA: 39 756 943		CORREO ELECTRÓNICO: mechiliz 2013 @gmail com	
BARRIO: San Jose Fontibon	ESTRATO: 3	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: X
N/A	N/R	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC:	MUCOSAS:
124 l/m	30 r/m	38.7 °C	2 seg	Rosado ✓

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.8 ml.	5-7mg/kg IV
	/	/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.1 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Yenuel Dizuzo	39756943.

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación	FIRMA:

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 39.756.943



Apellidos
LIZARAZO RIOS

Nombres
MERCEDES

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
05 DIC 1960

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
SUSACON (BOYACA)

Fecha y lugar de expedición
07 JUL 1980, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
19 FEB 2035

075332859 - 00

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL075332859815001<<<<<<<<<<<
6912082F3502192COL3975694 3<<<5
LIZARAZO<RIOS<<MERCEDES<<<<<<<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
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: 2 CICLO: A2 RUTA: A22032

BIMESTRAL

10145933
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

44145080717
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Periodo facturado DIC/05/2025 - FEB/02/2026

Pago oportuno MAR/11/2026

Suspensión MAR/16/2026

Fecha estimada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
MAY/04/2026	FEB/20/2026 08:43:41	FEB/20/2026 11:04:15

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA D O DE TRIANA

Dirección del predio
CL 250 101B 70

Barrio: SAN JOSE DE | 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 FLOWS CYBLE | Tipo VELOCIMETRO
Serie A14544B349 | 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

14839

86917 · 42974

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 - 50 (Número de Historia Clínica) | MICROCHIP: Expiry Date: 2030/09/02 900255003229590 | FECHA: 06-03-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA X | COMUNIDAD | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Rodrigo			COLOR: Pardo	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 5A	PESO: 3.2 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO ___	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: Hyriam Yaegama Arevalo.	DIRECCION: Kra 99bis N. 14-05.	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 X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 128 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA 38.2 °c	TLLC 2 SEG	MUCOSAS Rosada

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.6 ml	5-7mg/kg IV
	/	/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN(S P B)	0.3 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.1 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Dueño y/o Arrendatario), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la (Ovariohisterectomía/Orquiectomía/Esterilización/Castración), que he manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN: X RECHAZO: ___ para la realización del procedimiento en mi mascota propiedad de:

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO ESCRITA 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:
Myriam Yagoma	75.507.658

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
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
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

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 - 51 (Número de historia clínica) | MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003223162 | FECHA: 06-03-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA X | COMUNIDAD | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Michu | COLOR: Amarillo / Blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 2A | PESO: 4.4 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Myriam Yagama Arevalo. | DIRECCION: Kra 99bis No 14-05. | TELEFONO: 3108709678

CEDULA: 35.509.658. | CORREO ELECTRÓNICO: hogardepasomiscachorros@gmail.com.

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

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud.

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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: 30 r/m | TEMPERATURA: 38,4 °C | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	BUSCINA	0.4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.8 ml	5-2mg/kg IV
	/	/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENIS P.B)	0.4 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 he 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: 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:
Myriam Zagoma	35.507.658

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
CÉDULA DE CIUDADANÍA
No. 36.507.658
YAGAMA AREVALO
MYRIAM


FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-1965
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
A+
F
SEXO
10-DIC-1981 SUBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: HC- 52 (Número de Historia Clínica)

MICROCHIP: 900255003229445

FECHA: 06-03-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Salvador

COLOR: Tabby Blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 5M PESO: 2,1 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nubia Blanco Lombana

DIRECCION: Cl 23B 121-20

TELEFONO: 3152422590

CEDULA: 51822157

CORREO ELECTRÓNICO: nubiablancol1966@gmail.com

BARRIO: El Refugio ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 02/2026

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 16/02/26

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 132 l/m F. RESPIRATORIA: 34 r/m TEMPERATURA: 38,2 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	04 ml.	5-7mg/kg IV
	/	/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,08 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realza 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 autorico al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Nubia Blanco	51822157

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 51822157

BLANCO LOMBANA

APELLIDOS

NUBIA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-MAY-1966

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

31-AGO-1984 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 385216285-1

enel | Bogotá

Para pagos y consultas su número de cliente es: **1414448-6**

No. Medidor: **1575802**

¡Hola!

EDGAR JOSE POVEDA L
CL 23 B NO 121 20
BOGOTA, D.C. - EL REFUGIO

PAPEL ECOLÓGICO

Pago oportuno
03 MAR /2026

Fecha de suspensión
05 MAR/2026

Tu próxima lectura
19 MAR /2026

Periodo Facturado:
Del 21 ENE/2026
al 18 FEB/2026
29 días

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

Tipo de Lectura: Real Fecha Lectura: 1 3 16 315 0426 Carga kW: 3,00 Bimestre: 2

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 16 315 9174

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Ilumina con tecnología LED. Disfruta de espacios brillantes y acogedores mientras ahorras energía todos los días.

Consejos para el uso seguro de tu energía

Ajuste siempre de cables sueltos, enredados o de empalme.

Contáctanos | Puntos de atención Enel



318 690 6500 (Diana Bot o Asesor)
601 5115 115
Enel Colombia
@EnelClientesCO
www.enel.com.co/es/personas/defraudacion-clientes.html
Emergencias 115 Operador Distrito. Gratuito las 24 horas.
Regístrate gratis Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

Trámites y solicitudes
enel.com.co/es/personas/radicaciones

Chat de servicio en
enel.com.co/es/personas

Operador de aseo

CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P.
Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 110

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**, opción 2 o a través de nuestra **página web enel.com.co**



¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

APP banco · Cajero electrónico · Internet · APP Enel Clientes Colombia · Teléfono banco · Botón de pago online · Débito automático · Botón de pago

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

Red distrital RED CADE

Centro de servicio enel (incluyendo Citu Crediet y Facilativa)

Corresponsales bancarios

CONRED · efácil · Reval · efecty · MOVIRED

Más clara, más amigable. Así es tu nueva factura.

- Diseño que hace que tu experiencia sea aún mejor.
- Información organizada y fácil de encontrar.
- Oferta de productos, beneficios y servicios para tu comodidad.



Con
LA TARJETA DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA
RECIBE UN 20%
DE DESCUENTO EN TU PRIMERA COMPRA
Es muy fácil, solo debes:
febrero y el 15 de marzo de 2026.
compra 6 meses.
$20.000
factura de ENEL.
¡Solicítala ya en los principales almacenes de cadena!
Escanea este QR para más información.

Total energía $225.310 + Total aseo $130.150 = Total a pagar $355.460

Comportamiento consumo



Estado de cuenta

Consumo	348 kWh
Valor kWh aplicado	$746,25
Consumo	12,00 kWh
Valor	$7.763

¿Sabías que...?

La tarifa de energía es el valor que pagamos por cada kWh que consumimos. Este se calcula con una fórmula llamada Costo Unitario, que incluye los siguientes componentes de la cadena eléctrica:

Cálculo consumo de energía

Este mes la energía que disfrutaste, te costó $7.763 diarios.

$225.312

Otros cobros asociados a energía

SUBTOTAL

1 TOTAL ENERGÍA $225.310

Otros cobros de productos y servicios

2 TOTAL OTROS $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $100.863.

Aseo CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. NIT 830048122-9

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato 10883853

Documento equivalente electrónico No. 385210285-1

Período de facturación 19.01.2026 a 18.02.2026

Días liquidados 31

Costos para tarifas

Histórico de facturación

Toneladas por suscriptor

Datos usuario

Volumen	0.0000	Estrato	2
Densidad	0.20	FREC. Recolección	3
% Participación	0%	FREC. Barrido	3

Tipo productor: Pequ. Prod. Comercial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	2	2
No Residenciales	1	2

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	[illegible]
ASEO - SERVICIO NO RESIDENCIAL	[illegible]
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	[illegible]
ASEO - CONTRIBUCION NO RESIDEN	[illegible]
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	[illegible]

Meses en mora 0

3 TOTAL ASEO $130.150

Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 130.150,00

Calidad del Servicio

Documento electrónico

Para pagos y consultas tu número de cliente es: 1414448-6

Pago Oportuno 03 MAR 2026

Total a pagar $355.460

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 - 53 (número de historia clínica)	900255003229598 (chip)	FECHA: 06-03-2026

ORIGEN: CFS PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Daichy			COLOR:	Pardo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA: mestizo	EDAD: 6m	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___ MIXTO X OTRO				

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gloria Helena Latorre Guarin	DIRECCION: Ac 22 No 96 g 97	TELEFONO: 3202604409	
CÉDULA: 1.012.350.185.	CORREO ELECTRÓNICO: latorregloria28@gmail.com		
BARRIO: Villemar	ESTRATO: 3.	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X		
N.A	11-2025.	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa	TRIPLE: dd/mm/aaaa	PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa
		HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa	LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 124 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 38.2°c	TLLC: 2 seg	MUCOSA: Rosado

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.S.)	0.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.1 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	1012390185

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

1.012.350.185

LATORRE GUARIN

APELLIDOS

GLORIA HELENA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 16-SEP-1988
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

21-MAR-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00867814-F-1012350185-20161124 0052275513A 1 1014176093



Escanea el código QR y compra tu plan mensual

$16.590

Incluidos: Revisión periódica obligatoria, reparación de gasodomésticos y mucho más





Escanea el código QR, [illegible] en el formulario y agilizas [illegible] por correo desde el [illegible]



TOS VANTI
actura de gas.
ura de gas.
n o con cualquier
nes.

Pagos electrónicos en otras entidades

Bancolombia

Nequi

dale

*Permite adicionalmente este [illegible]

[illegible] redes sociales como @grupovanti y conoce [illegible]

Grandes Superficies
Metro, Jumbo, Éxito

[illegible] y a nombre de Vanti S.A. ESP.

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

¡Hola!

vanti .

HHERNANDEZ Y COMPANIA SCA HHERNANDEZ Y COMPANIA SCA
AC 22 96G 97 I01 02 00201 - VILLEMAR
BOGOTA

Formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.

Medidor Gas No. 5007116-3147192

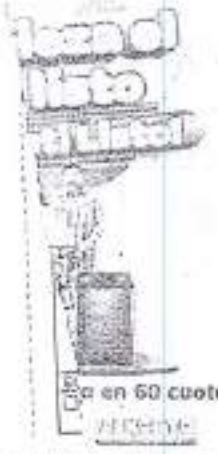
Lote: P13GN Ruta: 0011020030630006200 **Código del Sector:** 322

Cuenta o referencia de pago **62914664**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO
APROBADO ES:

vanti



Compra todo lo que quieras en nuestras tiendas aliadas,

$8 MILLONES

a 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.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 942 794
[illegible]

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

[illegible] elegir tu canal de preferencia para comunicaciones de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

322
0011020030630006200
3332
P13GN
C1

Factura digital | Febrero 2026

Cuenta o referencia de pago 62914664

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

vanti

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1 Pago oportuno	2 Fecha de suspensión	3 Periodo facturado	4 Fecha de la próxima lectura
06 Mar. 2026	06 Mar. 2026	Ene. - Feb. 2026	19 Feb. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad/ Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal (A*B)+C
CONSUMO GAS	10M3	2.551,41	0,00	25.514,10
FIJO	1UN	4.186,00	0,00	4.186,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,10	0,00	0,10

1 – Total $29.700,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

3 – Valor facturas vencidas

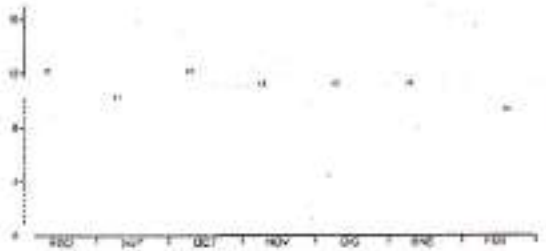
$0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3

$29.700,0

Pago por

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Tres | Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
18 Ene. 2026	1061	REAL
16 Feb. 2026	1074	REAL

m³ consumidos: 1074 - 1061 * Factor de corrección = 10

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

Novedades de tu factura

Estimado cliente recuerda que tenés entre Nov/2025 y el 30/04/2026 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/05/2026 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realiza la revisión y evita la suspensión (Res. CREG 059/2012)

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $92.580

Revisión Periódica Obligatori

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Abr. 2026

La revisión de la instalación interna en tu vivienda debe ser y debe realizarse antes de [illegible] según resoluciones 059 de 2012 y 42365 de 2017

Agenda ya tu RPO aqu

Tarifas

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

Nov. $2742 Dic. $2571 Ene. $2544

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

Componentes tarifarios

Cm: 1308.37 Pm: 563.81 Dm: 563.62 Dm: 2851.
Jr: 84.01 Cuom: 0.0 Cu/m: 41.86.0 Cuom: 256
Cnm: 0.0 Pcom: 42.438 DAL/R: 0.0 DAL/NR: 0.0

Mm³ lo cocinaron en m³ de gas equivale: 118
kWh y el precio unitario del kWh es: $20.1.686

Factor de corrección

Vm: 10 Pm: 0.76687 Kt: 1.00836 Pc: 0.77132
Vc: 18 Tm: 15.00 Tc: 15.50 Pb: 1.01306
Hs: 0.751 Pm: 0.0234 P(vc: 1.0

Factor de corrección: 0.77132

Indicadores de calidad

SAIDI: 100.0 DES: 0.0 IDI: 100.0 SAI: 100.0





(415)7709998026025(8020)62914664(3900)0000000029700

Sujeta a control por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 2 1100004. Vanti S.A. ESP NIT 800.007.813-3. Resolución CREG 071 de 1999. Tasa de interés máxima aplicable del 1.5% mensual.

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 - 54 (Número de historia clínica) | MICROCHIP: 900255003229454 | FECHA: 06-03-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zeus | COLOR: Atigrado

ESPECIE: CANINO ____ FELINO X | SEXO: HEMBRA ____ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 8M | PESO: 3,6 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ____ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Camilo Andres Robayo Guzman | DIRECCION: CL 221 114A 46 | TELEFONO: 3143010830

CEDULA: 1121828425 | CORREO ELECTRÓNICO: camilorobayo211@gmail.com

BARRIO: Atahualpa | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NR

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. 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: 30 r/m | TEMPERATURA: 38,3 | TLLC 2 seg | MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.7 ml.	5-7mg/kg IV
	/	/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.1 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X___ o **RECHAZO**_____**la declinación de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía 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:
- Camilo Robayo R	- 1121982425

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.121.828.425



Apellidos
ROBAYO GUZMAN

Nombres
CAMILO ANDRES

Nacionalidad
COL

Estatura
1.66

Sexo
M

Fecha de nacimiento
21 OCT 2004

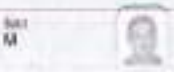
G.S.
A+

Lugar de nacimiento
VILLAVICENCIO (META)

Fecha y lugar de expedición
24 OCT 2022, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
24 OCT 2032







(IDCOL)1008224497

REGISTRADURIA NACIONAL

ICCOL0082244974150O1<<<<<<<<<<
0410210M3210248COL1121828425<5
ROBAYO<GUZMAN<<CAMILO<ANDRES<<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 385988556-3

Para pagos y consultas tu número de cliente es: 3126716-8

No. Medidor: 2896102

¡Hola!

LUIS FERNANDO GONZALEZ BERNAL
CL 22 J NO 114 A 46 AP 101
FACHADA
BOGOTA, D.C. - ATAHUALPA

Pago oportuno
31/01/2026

Fecha de suspensión
05/02/2026

Tu próxima factura
01/03/2026

Periodo Facturado
Días Diferencia
31/12/2025

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 3 15 316 1170 | Carga kW: 2,07 | Estrato: 2

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica | 1 3 16 336 8543

Cambia tu mes | Puntos de atención Enel

316 090 0003 (Elena Bot e Asesor)
601 5335 315
Enel Colombia
@EnelClientesCO
www.enel.com.co/es/personas/atencionalcliente.html
Chat
App
Disponible 120 Gigas Gratis
Horario de atención
Horario las 24 horas
Zona privada en la página Web

Trámites y solicitudes
enelcom.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en
enelcom.co/es/personas

Avenida Bojacá # 8 B - 20

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

APP banco
Cajero electrónico
Internet
APP Enel Clientes Colombia
Teléfono banco
Botón de pago online
Débito automático
Código QR

Corresponsales bancarios

CONVENIO
efecty
Red Multicolor
RED CLADE
Baloto
Gana
Nequi
daviplata
Aval

Más clara, más amigable. Así es tu nueva factura.

- Diseño que hace que tu experiencia sea aún mejor.
- Información organizada y fácil de encontrar.
- Oferta de productos, beneficios y servicios para tu comodidad.



Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

Ahorra con tecnología LED. Disfruta de espacios brillantes y acogedores mientras ahorras energía todos los días.

Aquí también puede pagar su tarjeta de crédito y créditos de consumo

Línea de atención personalizada en Bogotá: 601 3487881

Nombre del Convenio: RECAUDO ENEL VENCIDO Y NO VENCIDO - 0266

Referencia del Pago: 31267168

Valor Pago: $360.810

Transacción ID: 1355353869

Punto de Recaudo: 12311

Código convenio: 085077

Número de aprobación UPC: 208984

Hora Punto de Venta: 12:25:35

Tipo de transacción: Recaudo

BANCO DAVIBANK VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Davibank del Banco

609609

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 - 56 (Número de historia clínica)

MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 — 900255003224346

FECHA: 06-03-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Negro			COLOR: Negro / Blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 15M	PESO: 3.8 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO___ OTRO___			

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yiscll Dayana toro Galcano	DIRECCION: Kr 130 n° 22-55	TELEFONO: 3132311052
CEDULA: 1027400533	CORREO ELECTRÓNICO: yiscllgalcano0424@gmail.com	
BARRIO: Brisas Aldea — ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR:
NA	Feb/26	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 Enero/25.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC:	MUCOSAS:
132 l/m	24 r/m	37.5 °c	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.8 ml	5-3mg/kg IV
	/	___ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.1 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Investigador) suscribo este documento como constancia de haber informado 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 descrito anteriormente.

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:
Dayana Salazar	1027400533

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor	Nro. Identificación	FIRMA

AUTORIZACIÓN/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

Nombre del responsable/Tutor	Nro. Identificación	FIRMA



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.027.400.533

TORO GALEANO

YISELL DAYANA

COL | 1.55 | F

09 SEPT 2004 | A+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

14 SEPT 2022, BOGOTA D.C.

27 SEPT 2032



CO

1041443086

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0041443086150O1<<<<<<<<<<
0409094F3209273COL1027400533<6
TORO<GALEANO<<YISELL<DAYANA<<<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 53 RUTA: 533680 BIMESTRAL

12767082	18524170810
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/20/2025 - ENE/17/2026

09 FEB 2026

CORRESPONDENCIA
RECIBIDA
FIRMA ACEPTACIÓN
Nombre: Hora:

Pago oportuno FEB/24/2026 Suspensión FEB/27/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ABR/10/2026	FEB/05/2026 05:39:57	FEB/05/2026 08:17:50

¡Hola!

Factura a nombre de
CAPITAL FIDUCIARIA SA URBANIA

Dirección del predio
KR 130 22 55 TO 9 AP 1585

Barrio: BRISAS ALDEA Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca METRIS Tipo VELOCIMETRICO
Serie 429243 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.

1095 31119 15415

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 31m³



En este período consumiste menos agua que en el anterior.

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

En este período	Promedio al día
22.000	373

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	47	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	25	Base promedio	
Tu consumo este período	22	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	METRIX	Tipo	VELOCIMETRO
Serie	428243	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Aprovechar el agua lluvia para regar tus plantas.
- Reutilizar el agua del enjuague de la lavadora para labores de aseo.
- Revisar que las tuberías de tu casa o negocio no tengan fugas o escapes.

Tu cobro en este período

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros
$60.363,78	+	$57.218,12	+	$26.338-
A		B		C D E F

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

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período
Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la CRA en el período actual

= Total a pagar $91.245

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 8abe3c770350fdcc38a80534c4c38bf02c0a64a6ac645e6533d6552ef4da2702944458e63197dade6007f3b156ea1771e4

DOMICILIARIOS NO. UNICO DE REGISTRO 1-1000000-10 EAB-ESP

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

Detalle de tu consumo este bimestre

	A Acueducto							B Alcantarillado						
	Cant.	× Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)		Cant.	× Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$8.796,60	-40	$7.037-	$5.677,27	$11.354,54		2,00	$4.656,05	-40	$3.725-	$3.793,63	$5.587,10
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.082,57	-40	$32.407-	$2.209,54	$48.609,54		22,00	$3.811,41	-40	$34.420-	$2.348,85	$51.631,03
Consumo residencial superior básico (m³)	-							-					
Cargo fijo no residencial (mes)	-							-					
Consumo no residencial (m³)	-							-					
Subtotal				$40.244-		$60.363,78					$38.145-		$57.218,12

* Corresponde a consumos de hasta 17m³ mensuales (22m³ bimestrales). **(+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1,2 o 3
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, se agrega un %.

Tasas ambientales
Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico, hay 0 m³ en total.

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$18,03	$84,34
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$418	$1.419

El **Mínimo Vital** es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada período facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. Acuerdo 327 de 2008

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$3-
Deb. mín. vital total	$26.515-
Intereses de mora	$180
Subtotal	26.338-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE: Consulte la ubicación y horarios de atención en: www.bogota.gov.co/temas/pagos

La EAAB-ESP no tiene convenios o puntos Bancos: Pichincha, Davivienda, Citibank, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Colp

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$91.245

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor usuario: Si en el desprendible de pago aparece sello y fecha de cancelación, recibió solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en en corresponsal bancario).

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 - 50 (Número de Historia clínica) | MICROCHIP: 900255003229596 | FECHA: 06-03-26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Gracito | COLOR: Gris atigrado

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 7 M | PESO: 3.3 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Camila Cantor Medina | DIRECCION: El 75 N 71A 90 | TELEFONO: 3224019488

CEDULA: 1000 515. 397 | CORREO ELECTRÓNICO: cantormedina@gmail.com.

BARRIO: El chanco I | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 124 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 37.9°c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.6 ml	5-7mg/kg IV
	/	/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.1 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO 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:
Camila Cantor	1000513397

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

Nombre del responsable/Tenedor	CC	Firma

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor	Nro. Identificación	FIRMA

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

Nombre del Responsable/Tutor	Nro. Identificación	FIRMA

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.000.515.397



Apellidos
CANTOR MEDINA

Nombres
CAMILA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
27 AGO 2001

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
02 SEP 2019, BOGOTA D.C.

Firma
Camila C

Fecha de vencimiento
04 DIC 2035

885596631

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0853596512150O1<<<<<<<<<<
01D8272F3512045COL1000515397<2
CANTOR<MEDINA<<CAMILA<<<<<<<<<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natalia Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: S3 RUTA: S33721

BIMESTRAL

11595255	42806304913
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/20/2025 - ENE/17/2026

Pago oportuno FEB/24/2026 Suspensión FEB/27/2026

Fecha expedición próximo factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ABR/18/2026	FEB/05/2026 05:38:10	FEB/05/2026 08:08:37

¡Hola!

Factura a nombre de
ALIANZA FIDUCIARIA ALIANZA FID

Dirección del predio
CL 15 119A 90 TO 18 AP 303

Barrio: EL CHANCO I Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca BERCONTA Tipo VELOCIDAD
Serie 0501560372885 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 ↓

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 tu factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena.

30686 84283 41764

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 - 57 (Número de Historia clínica) | 900255003229446 | VO | hp | FECHA: 06-03-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Ades.			COLOR: Amarillo blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA mestizo	EDAD 2A	PESO: 3.7 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO___ MIXTO X OTRO			

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO__ COMPRADO__ ADOPTADO__ REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Marcela Hernandez Vargas.		DIRECCION: CL 25 G N. 101 B 70	TELEFONO 3209850266
CEDULA: 1.019.991.417		CORREO ELECTRÓNICO: 3209850266@sin correo.com.	
BARRIO: San Jose de	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: X	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL		

3. ANAMNESIS

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR:		
N.A	N.R	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa	TRIPLE: dd/mm/aaaa	PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa
		HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa	LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/10/2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 124 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 39.1 °C	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.8 ml	5-7mg/kg IV
	/	/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiologo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y consentimiento de riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), que he manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X__ RECHAZO___, para la realización del procedimiento y sus adhesivos prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ: EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701		FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Dra Caroline 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:
Laura Hernandez	1019991477

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor	Nro. Identificación	FIRMA

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

Nombre del Responsable/Tutor	Nro. Identificación	FIRMA

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.019.991.417

Apellidos
HERNANDEZ VARGAS

Nombres
LAURA MARCELA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.72

Sexo
F

Fecha de nacimiento
01 FEB 2007

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

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

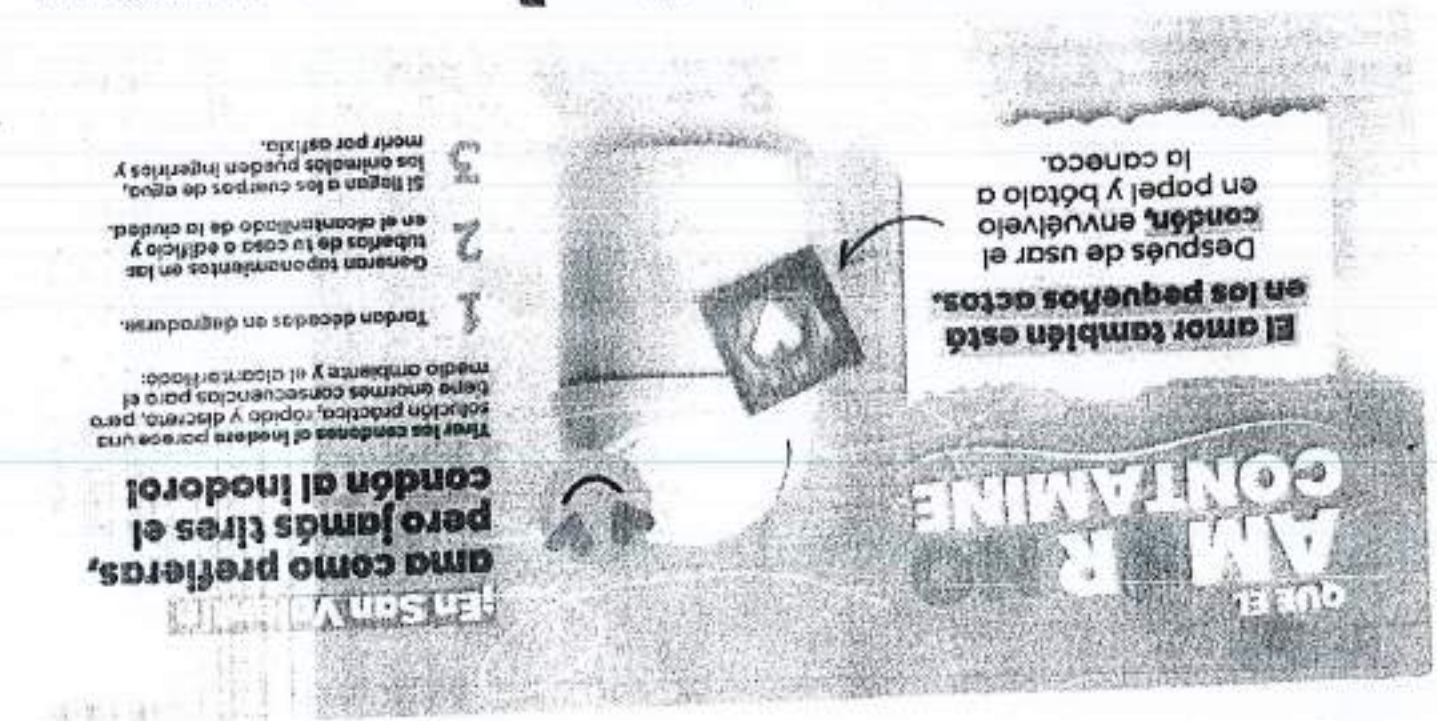
Firma
Marcela H.

Fecha de expiración
04 FEB 2035

0740440724

ICCOL0740440724150O1<<<<<<<<<<
0702016F3502044COL1019991417<1
HERNANDEZ<VARGAS<<LAURA<MARCEL





DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
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: 2 CICLO: A2 RUTA: A22032

BIMESTRAL

10145933
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

44145080717
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA D G DE TRIANA

Dirección del predio
CL 250 101B 70

Barrio: SAN JOSE DE | 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 FLOWTECH | Tipo VELOCIMETRO
Serie AMS449345 | Diámetro pulgadas ½

Período facturado DIC/05/2025 - FEB/02/2026

Pago oportuno MAR/11/2026 | Suspensión MAR/16/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
MAY/04/2026	FEB/20/2026 06:43:41	FEB/20/2026 11:04:15

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 período **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.

86917 42974

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 - 58 Número de Historia Clínica

900255003224360

NO microchip

FECHA: 06-03-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sam | COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO Y | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA mestizo | EDAD 1A | PESO: 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 ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Marcela Hernandez Vargas | DIRECCION: CL 25G N. 101-B 70 | TELEFONO: 3209850266

CEDULA: 1.019.991.417 | CORREO ELECTRÓNICO: 3209850266@sincorreo.com

BARRIO: San Jose de | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 128 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 38.4 fc | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.6 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.2 ml	5-7mg/kg IV
	/	/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN G.P.B.I	0.6 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ: EILEEN NATHALY BEDOYA
ORGANO EXPEDIDOR: Medico Veterinaria
PROFESIONAL: T.P 277031 bdeq

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ
ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Medico Veterinaria

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:
Luis Fernandez	1019991477

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.019.991.417

Apellidos
HERNANDEZ VARGAS

Nombres
LAURA MARCELA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.72

Sexo
F

Fecha de nacimiento
01 FEB 2007

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
04 FEB 2025. BOGOTA D.C.

Firma
Marcela H.

Fecha de expiración
04 FEB 2035

07404072

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0740440724150O1<<<<<<<<<<
0702016F3502044COL1019991417<1
HERNANDEZ<VARGAS<<LAURA<MARCEL

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Nuvardo Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: A2 RUTA: A22032

BIMESTRAL

10145933
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

44145080717
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Periodo facturado DIC/05/2025 - FEB/02/2026

Pago oportuno MAR/11/2026

Suspensión MAR/16/2026

Fecha aproximada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
MAY/04/2026	FEB/20/2026 06:43:41	FEB/20/2026 11:04:15

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA D G DE TRIANA

Dirección del predio
CL 25G 101B 70

Barrio: SAN JOSE DE 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 FLODYS CYBLE Tipo VELOCIMETRO
Serie A1A0449345 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 ↓

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.

Llámanos 116 Acueducto

cadena

86917 42974

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- 59 (Número de historia clínica) | MICRO: 900255003229442 | FECHA: 06-03-2026

ORIGEN: CFS PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Loky | COLOR: Negro.

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA mestizo | EDAD 4 m | PESO: 2.6 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: Maria Jose Mora Bernal | DIRECCION: Kra 122 No. 22H 43. | TELEFONO: 3133586017

CEDULA: 1.019.987.246 | CORREO ELECTRÓNICO: majo.bosil@gmail.com

BARRIO: | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N.A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 02-2026 | ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 130 l/m | F. RESPIRATORIA: 34 r/m | TEMPERATURA: 38.2°c | TLLC 2seg | MUCOSAS: rosadas

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 las riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), que he manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO___ para la realización del procedimiento en mención quirúrgico.

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

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria | 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 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:
	1014987246

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
MORA BERNAL

NUIP 1.019.987.246

Nombres
MARIA JOSE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.65

Sexo
F

Fecha de nacimiento
05 NOV 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

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

Firma

Fecha de expiración
09 NOV 2033

.00

032803275

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL032803275015001<<<<<<<<<<
0511058F3311097COL1019987246<2
MORA<BERNAL<<MARIA<JOSE<<<<<<<

FACTURA EN LÍNEA



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



vanti

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

¡Ahórrate el incremento de tarifa del 2026!

Publicidad a cargo de las empresas que conforman el Grupo Vanti. Campaña válida entre el 2/01/2025 y 18/01/2025. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Puedes ejercer tu revisión con cualquiera vigilado por la CNAC. Ver Tyc en www.grupovanti.com/RPO

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Rodeberr · Itaú · Bancolombia · BBVA · Bancolombia · Nequi · daviplata · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.090.812-8

¡Hola!

ELKIN ARVEY SALAS
KR 122 22H 43 03 00001 - BRISAS ALDEA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007116-3243373

Lote: P17GN **Ruta:** 0011010071770005100 **Código del Sector:** 329

Cuenta o referencia de pago **62729611**

vanti Listo

Compra [illegible] TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.800.000**

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 7 a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

C1 1266 001101007177000510 PISO N

Enero 2026

62729611 BOGOTA

NIT: 800.037.814-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

3 — Periodo facturado: Dic. - Ene. 2026

4 — Emisión de tu factura: 27 Ene. 2026

...ntidad ...idad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
1M3	2.563,68	0,00	2.563,68
29M3	2.691,74	0,00	57.994,80
1UN	-18.761,32	0,00	-18.761,32
1UN	0,83	0,00	0,83

AJUSTE DECENA

1 — Total $41.780,00

Tus financiaciones

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

2 Total $0,00

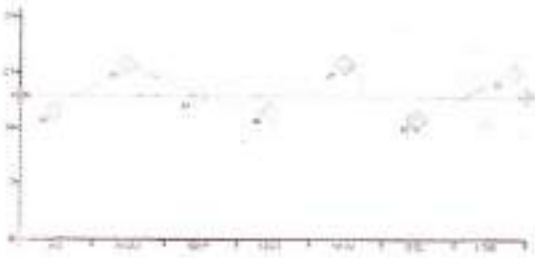
3 — Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $41.780,0

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat.Dos — Días de consumo 35

Fecha	Lectura	Tipo
20 Dic. 2025	2444	REAL
23 Ene. 2026	2471	REAL

m³ corregido: 2471 - 2444 * Factor de corrección = 21

Tu próxima lectura será: Entre 17 y el 22 de Febrero

Novedades de tu factura

Duke $ 2543.00

Después de la fecha de pago oportuna, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $71.090

(415)7709998026025(8020)62729611(3900)0000000041780

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

27 Feb. 2027

Agenda yo tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Cm: 1330,32	Tm: 569,31	Dm: 594,76	Cm: 3,3
P: 94,32	Cvm: 0,0	Cvfm: 0,0	Cvsm: 0,0
Cmm: 0,0	Tgas: 42,475	Dsub: 0,0	Qsubm: 0,0

Mes: Tu consumo en m³ de este periodo: 21

Valor a pagar por el m³ de este periodo: $ 53.424

Factor de corrección

Vm: 27	Kz: 0,76667	Kc: 1,00000	Pe: 0,77175
Pc: 21	Pm: 13,66	Pa: 15,96	Pfa: 1,01000
Pa: 0,754	Pm: 0,0254	Pf m³: 1,0	

Factor de corrección: 0,77175

Indicadores de calidad

DIST: 100,0 DES: 0,0 PC: 100,0 proy: 100,0



FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA
HC- 60
Número de Historia Clínica

900255003229582

NO

FECHA: 06-03-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Toño

COLOR: Pardo blanco.

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X RAZA: mestizo EDAD: 7m PESO: 2.9 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

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

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO___ FERRO DE CUADRA___ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Mery Vargas Camacho

DIRECCION: Kra 110 No 18b19

TELEFONO: 3143519917

CEDULA: 39.705.296

CORREO ELECTRÓNICO: danielafmative@hotmail.com.

BARRIO: Villa Carmenza ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR:

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

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 15-02-2026

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 130 l/m F. RESPIRATORIA: 28 r/m TEMPERATURA: 38.7 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: ROSADAS

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.6 ml	5-7mg/kg IV
		ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.2 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.1 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

FIRMA:

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

FIRMA:

FONTIBON

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se 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:
Dra. Mery Vargas Camacho	39.205.296.

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 DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.705.296**
VARGAS CAMACHO

APELLIDOS
LUZ MERY

NOMBRES

Luz Mery Vargas Camacho

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAY-1964**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

12-DIC-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00015781-F-0039705296-20080620 0000057408A 1 1110017347

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 385308027-0

enel | Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1078470-3**

No. Medidor: **8005545**

¡Hola!

JULIO H FIRACATIVE B
KR 110 NO 18 B 19 PI 3
PISO 3 CONT 2SA 15
BOGOTA, D.C. - VILLA CARMENZA

Pago oportuno
04 MAR/2026

Fecha de suspensión
06 MAR/2026

Tu próxima lectura
20 MAR/2026

Periodo Facturado:
Del 22 ENE/2026
al 19 FEB/2026
29 días

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía en el periodo exacto de tu facturación!

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 1 3 17 316 0641 Carga kW: 5.62 Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial Subclase: Básica

1 3 17 316 9436

40481

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Ilumina con tecnología LED. Disfruta de espacios brillantes y acogedores mientras ahorras energía todos los días

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Contáctanos | Puntos de atención Enel

316 800 4000 (Elena Bot o Asesor)
601 5610 115
Enel Colombia
@EnelClientesCO
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
Emergencias 24h Disponible 24 horas. Gratuito las 24 horas.
Regístrate gratis Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

Trámites y solicitudes
enel.com.co/es/personas/radicaciones

Chat de servicio en
enel.com.co/es/personas

Operador de aseo
Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 150

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, opción 2 o a través de nuestra página web enel.com.co

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

APP banco · Cajero electrónico · Internet · APP Enel Clientes Colombia
Teléfono banco · Botón de pago online · Débito automático · Botón de pago

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

Red distrital RED CADE

Centro de servicio enel
Únicamente Cl(s) Granted y Facatativá

Corresponsales bancarios

CONRED · efácil · Reval · Efecty · MOVIRED

Más clara, más amigable. Así es tu nueva factura.

- Diseño que hace que tu experiencia sea aún mejor.
- Información organizada y fácil de encontrar.
- Oferta de productos, beneficios y servicios para tu comodidad.



1 de 2 · Página 1 de 2

FONTIBÓN

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA	MICROCHIP	FECHA
HC - 61 (Número de historia clínica)	900255003229451	06-03-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Marino				COLOR:	Atigrado	
ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 3A	PESO: 4,3 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI__ NO X		
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO__ OTRO__			

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO X COMPRADO__ ADOPTADO__ REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Myriam Camargo Cubillos		DIRECCION: KR 98A 16F 50	TELEFONO: 3133032424
CEDULA: 41522668		CORREO ELECTRÓNICO: capb08042008@gmail.com	
BARRIO: La Laguna	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachillerato	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR:
NA	11/2025	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: 09 2025 TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
128 l/m	32 r/m	38,3°	2 seg	ROSADO S

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,9 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,8 ml.	5-7mg/kg IV
	/	/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530	FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizada 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 declaración de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa)**. Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Yeymer Camargo C/	4152268 Bta

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.522.668**

CAMARGO CUBILLOS

APELLIDOS

MYRIAM

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-ABR-1951**

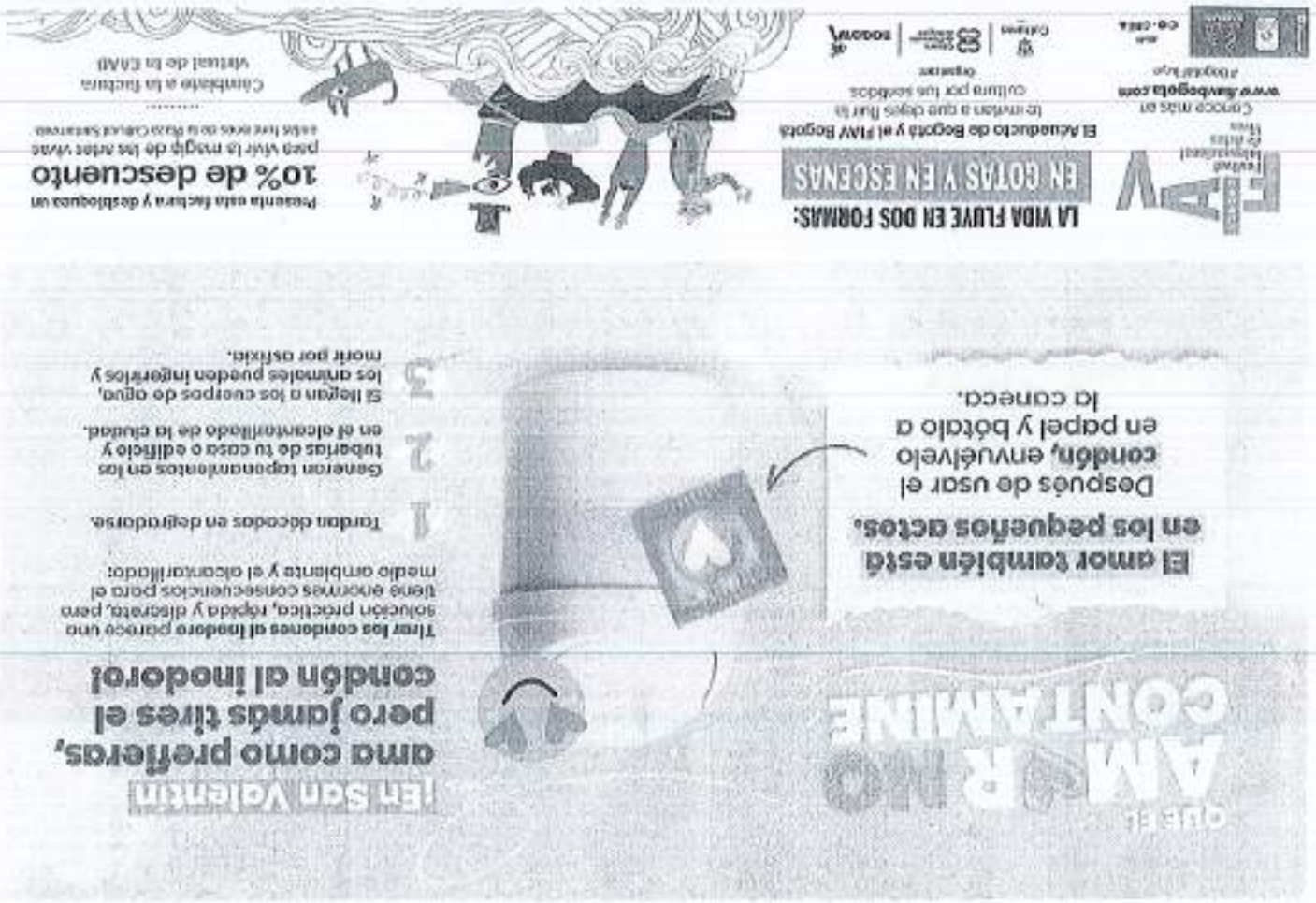
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

02-ABR-1973 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00179691-F-0041522668-20090920 0016317034A 2 1110030351



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: Q33349

BIMESTRAL

11657918	11140276616
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

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

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

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ABR/13/2026	FEB/03/2026 08:41:53	FEB/03/2026 11:18:44

¡Hola!

Factura a nombre de
ELVIA MARIA CUBILLOS HERNANDEZ

Dirección del predio
KR 98A 16F 50 PI 2

Barrio: LA LAGUNA 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 HERDONTA Tipo VELOCISC
Serie 05015B0081766 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 la misma cantidad de agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena.

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: HC - 62 (Número de Historia Clínica)

MICROCHIP: 900255003229449

FECHA: 06-03-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lilo

COLOR: Amarillo Blanco

ESPECIE: CANINO ____ FELINO X SEXO: HEMBRA ____ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 10M PESO: 5,6 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ____ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ____ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Eliecer Espitia Gutierrez

DIRECCION: CL 16H 96A 50

TELEFONO: 3142098889

CEDULA: 1121486

CORREO ELECTRÓNICO: espitiaeliecer@gmail.com

BARRIO: Ciudad Fontibon ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ____ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 16/02/2026

ULT. VACUNACION: NS/NR: ____

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

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 17 01 2026

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 128 l/m | F. RESPIRATORIA: 24 r/m | TEMPERATURA: 38,2°c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: ____

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: ____

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036 Dra Carolina Hernandez Medica Veterinaria T.P 21530
FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	
FIRMA	

FOUTRON

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 focienes, iodores, talcos, aplicación de anti pulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Eliecer Espitia G.	4121488

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

4121486
NUMERO

ESPITIA GUTIERREZ
APELLIDOS

ELIECER
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 21-MAR-1969
GACHANTIVA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-DIC-1987 GACHANTIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-07150900-33094051-M-0034121486-20030315 05435 0201AC 01 1074258905

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3014010[illegible]-1

enel Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1908281-9**

No. Medidor: **1051341**

¡Hola!

INMOBILIARIA LA SABANASA
CL 161 NO 98 A 50 BQ 1 AP 501
INT 1 APTO 501
BOGOTA, D.C. - CUADUAL FONTIBON

Pago oportuno
30-MAR-2026

Fecha de suspensión
03-MAR-2026

Tu próxima lectura
24-MAR-2026

Periodo Facturado:
Del 23-ENE-2026
al 20-FEB-2026
28 días

Esta mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO presenta una variación. Encuentra las posibles causas y tips de consumo en www.enel.com.co

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: [illegible] | Carga Kw: [illegible] | Factor: 1

Clase de servicio: Residencial | Estrato: Básico

1 3 18 3 10 3 0 1 0

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Ilumina con tecnología LED. Diminuye de acuerdo a tiempos y actividades. Mantén al mínimo el uso de energía fuera de horas.

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico.

Contáctanos | Puntos de atención Enel

Línea Bogotá: 601 860 8015
Línea Nacional: 018 000 123 123
Enel Colombia
@EnelColombia
www.enel.com.co/es/personas/defensoria-cliente.html
Emergencias 115 Opción 1 Gratuito las 24 horas
Requisitos para pago: Zona peatonal de la Página Web
App Enel Clientes Colombia

Trámites y solicitudes
enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en
enel.com.co/es/personas

Operador de aseo
Ciudad Limpia Bogotá S.A. E.S.P.
Atención (Lun a Vie 8 a.m. - 5 p.m.)
Línea 322

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, opción 2 o a través de nuestra página web enel.com.co

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

- APP banco
- Cajero electrónico
- Internet
- APP Enel Clientes Colombia
- Teléfono banco
- Botón de pago online
- Débito automático
- Botón de pago

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

Nequi | MOVii | dale! | Ligo

Red distrital: RED CADE

Centro de servicio: enel

Corresponsales bancarios

CONRED | efecty | Baloto | Revii | MOVIRED

Más clara, más amigable. Así es tu nueva factura.

- Diseño que hace que tu experiencia sea aún mejor.
- Información organizada y fácil de encontrar.
- Oferta de productos, beneficios y servicios para tu comodidad.




Con
LA TARJETA DE LA CIUDAD
Crédito Pagá CODENSA
RECIBE UN
20%
DE DESCUENTO EN TU PRIMERA COMPRA
Es muy fácil, solo debes:
Solicítala ya en los principales almacenes de cadena
Comportamiento consumo
Estado de cuenta
Otros cobros asociados a energía
Otros cobros de productos y servicios
Estado de cuenta
Datos usuario
Mensajes de interés
Documento electrónico
19008281-9
$99.420
Usa este código para pagos en canales presenciales

ALCALDÍA LOCAL 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	MICROCHIP: Expiry Date: 2030/09/02	FECHA:
HC - 63 (Número de Historia clínica)	900255003224341	06-03-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Milo			COLOR: amarillo - Blanco	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: MESTIZO	EDAD: 7A	PESO: 5.6 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X			TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Johanna Andrea Rodriguez Vargas	DIRECCION: Tr 112 N°23a 03	TELEFONO: 3173719546	
CEDULA: 1015 993638	CORREO ELECTRÓNICO: nurse_ja25@hotmail.com		
BARRIO: Versalles	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Técnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___
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 Junio/25.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 128 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °c	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: ROSADA S.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.2 ml	5-7mg/kg IV
	/	/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.6 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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:

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
JOHANNA RODRIGUEZ	1095.993.638 Bta'.

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.015.993.638
RODRIGUEZ VARGAS

APELLIDOS
JOHANNA ANDREA

NOMBRES

JOHANNA RODRIGUEZ

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-ENE-1986
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.45 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
06-ABR-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

enel Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

1469999-8

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 38150008535

CLIENTE

MARIA G DE RAMIREZ
KR 112 NO 23 C 69 PI 2
PISO 2
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

15 331 7825 / 5109611

¿Quieres tu factura virtual? Escríbenos al código

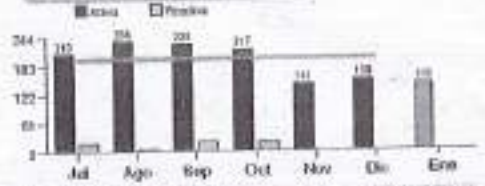
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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: $765,00

CONSUMO DIARIO: 4,47 kWh

VALOR DIARIO: $3.000

PERÍODO FACTURADO: 19 DIC/2025 A 19 ENE/2026 | DÍAS FACTURADOS: 32 | CONSUMO MES 143 kWh

¡Este mes tuviste acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía en exquisito disfrute de la holaza!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	4,64
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1600153367059
RUTA LECTURA:	1310315263
MANZANA DE LECTURA:	MS00643147
MEDIDOR NO:	5100051
SUBCLASE:	Basica

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)



FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Cuentas)

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

Regístrate aquí

Descarga la App Enel Colombia

Bogotá, Soacha y Cundinamarca
601 5 115 155

116

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billeteras Virtuales

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. — Tv 4 No. 8-19 Sur

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P — Avenida Boyacá # 6-19 - 37

ATESA LIMPIA DISTRITO CAPITAL E.A.S. E.S.P. — Calle 129 # 54 30-10 Local 105-101

Línea de servicio al cliente 110

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

FECHA GENERACIÓN 22/01/2026 09:19:27
FECHA EXPEDICIÓN 22/01/2026 13:37:00

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 ESTERILIZACIO

Expiry-Date: 2030/09/02

HISTORIA CLÍNICA HC - 64 Número de Historia Clínica	MICROCHIP: SI 900255003229583 Número de Microchip	FECHA: 06-03-26

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA X ____ COMUNIDAD ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: ARON				COLOR: Arena	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: MESTIZO	EDAD: 2A	PESO: 3.5 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Helena Bernal Veloza		DIRECCION: Kr 105 #79-71	TELEFONO: 316 612 8146
CEDULA: 39.757.286		CORREO ELECTRÓNICO: helen53420807@hotmail.com	
BARRIO: Centro Fontibon	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
128 l/m	24 r/m	38,2°c	2 seg	ROSADAS

OBSERVACIONES: ____

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	BRACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.7 ml	5-7mg/kg IV
	/	ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.1 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ____

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

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO 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 contraveención 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.	39757280 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
ALMA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500109-45129362-F-0039757286-20050330 01227 06082B 02 154936541

enel Bogotá

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

ECOLÓGICO

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 3784395334

CLIENTE

ANA GREGORIA ZEA DE GUATAQUIRA
KR 105 NO 19 71
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - CENTRO FONTIBON

17 366 9323 / 28934131

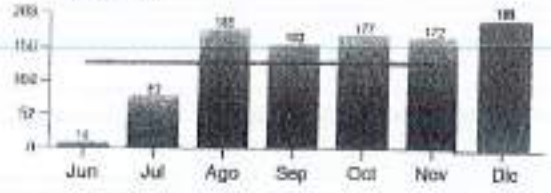
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $830,19

CONSUMO DIARIO: 6,63 kWh

VALOR DIARIO: $4.787

PERÍODO FACTURADO: 21 NOV/2025 A 20 DIC/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 199 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 123 kWh

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

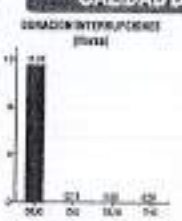
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10003173666323
RUTA LECTURA:	I3173120073
MANZANA DE LECTURA:	M3000641055
MEDIDOR NO:	28934131
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA:
Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca uses secadores, planchas o cargadores cerca de lavaplatos o duchas.

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)



FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)



CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/solicitudes.html
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Enel Colombia
@EnelColombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 514 0000 opción 1 denuncias@enel.com.co

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Teléfonos Bancos, Débito Automático, Cajeros Electrónicos, APP Enel Clientes Colombia, Botón de pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Daviplata, Nequi, dale!, MOVII, Mega, Ipaga

Corresponsales Bancarios: CONFECOOP, Efecty, Baloto, Movired, Supergiros

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Alkosto

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P.	TV 6 No. 514-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 30
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 123 # 54-39/49 Local 123-126

Línea de servicio al cliente 110

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

G: $186,98 T: $63,10 D: $124,84 CV: $38,21 PR: $58,83 R: $38,15 CP: $8,09 / $490,20 Costo kWh Max

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

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

GRUPO 01 SUSCRIPTOR NOR-0021170 - nivel de tensión 2 PROMEDIO Subsidio
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3314 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,00 por mil. Sector autorreferenciado según Resolución No. 0047 de 22 de enero 2020. SIA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de dicho amparo de la forma señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, Sur la de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 0064 de 10 de diciembre de 2020.
"Contra el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de venta presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, línea de Bogotá al (601) 8000 912 115, a los nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a cambio de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Decreto de Comercio), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el mismo para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros ni con los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención dispuestos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 860.063.875-8. Sociedad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

(415)7709998010413(8020)0000000000000000000000(3900)000000(96)20260101

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC. Nombre del SW: CEnel Versiones - NIT 900.305.151-9

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- 65 (Número de Historia clínica) | MICROCHIP: 900255003224359 | FECHA: 06-03-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA X | COMUNIDAD | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Chimuelo			COLOR: Negro / Blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 4M	PESO: 3.3 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO___ MIXTO X OTRO			

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO X COMPRADO__ ADOPTADO__ REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mercedes Lizarazo Rios	DIRECCION: cl 25 g # 70B-70	TELEFONO: 3724606233
CEDULA: 39.756.943	CORREO ELECTRONICO: mechiliz2013@gmail.com	
BARRIO: San Jose Fontibon	ESTRATO: 3	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: 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: 128 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 38.3°	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.6 ml	5-7mg/kg IV
	/	/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.1 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Daniela Hernandez Medica Veterinaria 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/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:
Ofelia D Zuñiga	39756 943

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 39.756.943



Apellidos
LIZARAZO RIOS

Nombres
MERCEDES

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
08 DIC 1969

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
SUSACON (BOYACA)

Fecha y lugar de expedición
07 JUL 1989, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
19 FEB 2035

075332859 '00

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL075332859815001<<<<<<<<<<<
6912082F3502192COL39756943<<<5
LIZARAZO<RIOS<<MERCEDES<<<<<<<

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: 2 CICLO: A2 RUTA: A22032

BIMESTRAL

10145933	44145080717
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 DIC/05/2025 - FEB/02/2026

Pago oportuno MAR/11/2026 Suspensión MAR/16/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
MAY/04/2026	FEB/20/2026 06:43:41	FEB/20/2026 11:04:15

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA D C DE TRIANA

Dirección del predio
CL 25G 101B 70

Barrio: SAN JOSE DE 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 FLOJYS CYBLE Tipo VELOCIMETRICO
Serie A16G446345 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.

14839 86917 42974

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- 66 (Número de Historia clínica) | MICROCHIP: 900255003224349 | FECHA: 06-03-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA X | COMUNIDAD | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tigre | COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 7A | PESO: 4.2 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mercedes Lizarazo Rios | DIRECCION: cl 25g N 101B-70 | TELEFONO: 3124606233

CEDULA: 39.756.943 | CORREO ELECTRÓNICO: mechiliz 2473 @ gmail.com.

BARRIO: San Jose Fontibon | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/A | 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: 128 l/m | F. RESPIRATORIA: 24 r/m | TEMPERATURA: 39,2 °c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.9 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.8 mL	5-7mg/kg IV
	/	/ mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 mL	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.1 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 evidencias prequirúrgicas.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MEDICA VETERINARIA T.P. 45036	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra Carolina Fernandez 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/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

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

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

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

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

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

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Yeimy Ospina	39756 9213

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 de Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 39.756.943



Apellidos
LIZARAZO RIOS

Nombres
MERCEDES

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
08 DIC 1960

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
SUSACON (BOYACA)

Fecha y lugar de expedición
07 JUL 1989, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
19 FEB 2035

.CO

075332859

REGISTRADOR NACIONAL
Iván Duque Gaviria

ICCOL075332859815001<<<<<<<<<<<
6912082F3502192COL3975694 3<<<5
LIZARAZO<RIOS<<MERCEDES<<<<<<<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natalia Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: A2 RUTA: A22032

BIMESTRAL

10145933
Cuenta contrato
Núm. de Identificación de este predio

44145080717
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Periodo facturado DIC/05/2025 - FEB/02/2026

Pago oportuno MAR/11/2026 Suspensión MAR/16/2026

Fecha aproximada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
MAY/04/2026	FEB/20/2026 06:43:41	FEB/20/2026 11:04:15

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA D C DE TRIANA

Dirección del predio
CL 25G 101B 70

Barrio: SAN JOSE DE 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 FLODYS CYBLE Tipo VELOCIMETRO
Serie AMG440345 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.

14839 86917 42974

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 - 67 (Número de Historia clínica) | MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 N° 900255003229584 | FECHA: 06-03-26.

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA X ___ COMUNIDAD ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kenwor | COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: MESTIZO | EDAD: 6M | PESO: 4.0 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO 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: 3208709678.

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 ___ APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/A | 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: 128 l/m | F. RESPIRATORIA: 34 r/m | TEMPERATURA: 37,9°c | T.LLC: 2 seg | MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.8 ml	5-7mg/kg IV
		ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml	1mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036 | 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 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 Yagama.	35.507.658

Yo_____ identificado con CC. No _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion 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
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 - 68 (Número de historia clínica)

MICROCHIP: 900255003223164

FECHA: 06-02-26.

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA X ____ COMUNIDAD ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Canelo

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 4A PESO: 2.7 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Hyram Yagama Arevalo

DIRECCION: Kra 99bis No. 14-05. TELEFONO: 3108709678

CEDULA: 35.50.7658

CORREO ELECTRÓNICO: hogardepasomisaadoptas@gmail.com.

BARRIO: Zona Franca ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 132 l/m F. RESPIRATORIA: 28 r/m TEMPERATURA: 38.4°C TLLC: 2 SEG MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.6 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN G P B I	0.2 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.1 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

En calidad de (Propietario y/o Arrendatario), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable la completa información sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la (Ovariohisterectomía/Orquiectomía, tratamiento antiparasitario), que he manifestado de manera libre y voluntaria su: ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

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

FIRMA

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO 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:
Mynam Yagama	35.507.658

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
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