ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | 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 - Número de Historia clínica: 01	MICROCHIP: 900255003229500	FECHA: 18-03-26
ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X	COMUNIDAD	CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lola				COLOR: amarillo y blanco	
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA: Mestizo	EDAD: 7A	PESO: 12.4 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 MIXTO X 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 B1S 74-05	TELEFONO 3708709678.
CEDULA: 35.507.658		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

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR:
Sept/2	Oct/25	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 PIRLAC: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 38,1 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.	

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.4 ml.	5-7mg/kg IV
	Microgina	1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	✓ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.48 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	LUIS OCTAVIO VELEZ RODRIGUEZ Medico Veterinario Zootecnista T.P 14091	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	FIRMA

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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 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 exonero al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	T.I. de identificación:
Alyriam 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

Soy consciente q' la canina se puede quedar en la cirugia x el tumor q' tiene a nivel del torax !

Nombre del responsable/Tutor: Alyriam Yagama Nro. Identificación: 35 507 658 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:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 35.507.658
YAGAMA AREVALO
APELLIDOS
MYRIAM
NOMBRES
FIRMA



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

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZAC[illegible] CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA	MICROCHIP:	FECHA:
HC - Número de Historia Clínica: 02	Expiry-Date: 2030/09/02 900255003229488 Número de microchip	26-03-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Katira		COLOR: Beige		
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: Mestizo	EDAD: 2A	PESO: 7.38 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 B1s 74-05	TELEFONO: 3708709678	
CEDULA: 35507658	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

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X
NR	05 marzo /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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: ~

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.8 ml	5-2mg/kg IV
	Atropina	0.8 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PER (S.P.B.)	1.4 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.56 ml	3mg/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 existencia de presiones.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	LUIS OCTAVIO VELEZ RODRIGUEZ Medico Veterinario Zootecnista T.P 14091	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	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 o 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:
Hyman Lozano	75.507.618

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

Vien friable, postparto temprano.

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 35.507.658
YAGAMA AREVALO

APELLIDOS
MYRIAM

NOMBRES

FIRMA



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

1.68 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

10-DIC-1984 SUBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA
HC - Número de Historia Clínica: 03

MICROCHIP: 900255003229481

FECHA: 18-03-26

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA X ____ COMUNIDAD ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dulce

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ____ SEXO: HEMBRA X MACHO ____ RAZA: Fresh Poodle EDAD: 2A PESO: 7.1 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ____ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ____ NO X

TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR ____ CASERO ____ CONCENTRADO 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 7V-05

TELEFONO: 3108709678

CEDULA: 35.507.658

CORREO ELECTRÓNICO: hogardefuamiscachorros@gmail.com

BARRIO: zona franca

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachilla

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ____ RURAL ____

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 05 Marzo/26

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno

HALLAZGOS ANORMALES: ninguno

CLASIFICACION ASA: I II III IV V VI E

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 138 l/m | F. RESPIRATORIA: 24 r/m | TEMPERATURA: 38.2°c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ____

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.2 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.4 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.8 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	____ ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.2 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.48 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ____

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	LUIS OCTAVIO VELEZ RODRIGUEZ Medico Veterinario Zootecnista T.P 14091	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	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___ / **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 compensación 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 de mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir

Firma de la responsable/Tutor:	No. de Identificación:
Myriam Zagama.	35.507 678

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

NUMERO 35.507.656
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

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia clínica: 04

MICROC: 900255003229486

FECHA: 18-03-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA X | COMUNIDAD | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Zamba			COLOR: Negra / amarillo		
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA: Mestizo	EDAD: 4 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: Myriam Yagama Arevalo	DIRECCION: Kr 99 BIS 74-05	TELEFONO 3708709678.
CEDULA: 35.507.658.	CORREO ELECTRONICO: hogardepasomiscaboros@gmail.com.	
BARRIO: Zona Franca	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR:
N/R	05 Marzo/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

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: 28 r/m	TEMPERATURA: 38.2°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
	Atropina	0.3 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.	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	LUIS OCTAVIO VELEZ RODRIGUEZ Medico Veterinario Zootecnista T.P 14091	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	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:
Myriam Sogamo	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 35.507.656
YAGAMA AREVALO

APELLIDOS
MYRIAM

NOMBRES

FIRMA



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

1.68
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

10-DIC-1984 SUBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500100-01079933-F-0035507656-20100704 00659 2 0900577087

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZ... CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC: Número de Historia clínica: 05	MICROCHIP: 900255003229493 Número de Microchip	FECHA: 18-03-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	HUSKY			COLOR: Gris / Blanco	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: Husky Siberiano	EDAD: 2A	PESO: 26.6 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 X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Myriam Yagama Arevolo	DIRECCION: Kr 99 Bis 74-05	TELEFONO 3708709678.
CEDULA: 35.507658	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/R	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa N/R	ULT. VACUNACION: NS/NR: X
		CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa
		HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 130 l/m	F. RESPIRATORIA: 38 r/m	TEMPERATURA: 38,4 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.	

OBSERVACIONES: ~~~~

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.6 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	5.2 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	1 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	26 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	7.04 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 estoy informado(a) los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), que he manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN ___ o RECHAZO ___ para la realización del procedimiento sin sobrenombre anteriormente.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	LUIS OCTAVIO VELEZ RODRIGUEZ Medico Veterinario Zootecnista T.P 14091	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	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 Vetennario 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:
Myrian Yagama	31.207.655

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
NUMERO 35.507.658
YAGAMA AREVALO
APELLIDOS
MYRIAM
NOMBRES
FIRMA


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

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 - Número de Historia clínica: 06

MICROCHIP: 900255003229492

FECHA: 28-03-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Cumbia

COLOR: Negro | amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA X MACHO RAZA Mestizo EDAD 4M PESO: 4.5 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO SI NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X

TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO CONCENTRADO 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: 310 8709678.

CEDULA: 35.507658

CORREO ELECTRÓNICO: hogardepasomis cachorros @ gmail.com.

BARRIO: Zona Franca

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

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

ULT. VACUNACION: NS/NR:

CANINOS: PARVO: 18/03/26 TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 124 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 37.9 °C

TLLC 2 seg

MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.3 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 Anestesiologo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario/Histerectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ____, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	LUIS OCTAVIO VELEZ RODRIGUEZ Medico Veterinario Zootecnista T.P 14091	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	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 de 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:
Ulpiano Segoma.	75.507.615

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 35.507.658
YAGAMA AREVALO

APELLIDOS
MYRIAM

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

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
JOSE CARLOS GALINDO BACA

A-1500100-01070853-F-035507658-20190704 0065000065A 2 9008877687



Total	8131 Pages
Print	8113 Pages
Blank	18 Pages

Ver. 1.080

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 - Número de Historia clínica: 07

MICROCHIP: S 900255003229053 Número de microchip

FECHA: 18-03-26

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA X ____ COMUNIDAD ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Maya

COLOR: Beige - Gris

ESPECIE: CANINO X FELINO ____ SEXO: HEMBRA ____ X MACHO ____ RAZA: Mestizo EDAD: 2A PESO: 7,8 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ____ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ____ NO X

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

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

2. DATOS DE TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yennifer Johanna Manzano Marin

DIRECCION: Cl 74 N° 107-54

TELEFONO: 3153165668

CEDULA: 52.896.552

CORREO ELECTRONICO: yennyjmanzanom@gmail.com

BARRIO: Zona Franca

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ____ RURAL ____

3. ANAMNESIS

Buena salud → visitas hace 20 días

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

CANINO: PARVO: dd/mm/aaa TRIPLE: dd/mm/aaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaa

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

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

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS EXAMEN FISICO: ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA: 132 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 c/m | TEMPERATURA: 38,7°c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ____

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.8 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.6 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.3 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	____ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.8 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.32 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, informacion completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su: ACEPTACION X RECHAZO ____, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	LUIS OCTAVIO VELEZ RODRIGUEZ Medico Veterinario Zootecnista T.P 14091	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	FIRMA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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 sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable / Tutor	Nro. de Identificación
Jennifer Manzano	52896552

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. PAZCIN:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.896.552
MANZANO MARIN
APELLIDOS
YENNIFER JOHANNA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-SEP-1981
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
22-OCT-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
0403104233A 02 153556532

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 385449263-4

enel | Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2294282-8**

No. Medidor: 647377

¡Hola!

CONSTRUCTORA BOLIVAR
CL 14 NO 107 54 TRZ 2 IN 2 CA 44
TRZ 2 IN 2 CA 44
BOGOTA, D.C. - ZONA FRANCA

PAPEL ECOLÓGICO

Pago oportuno
05 MAR /2026

Fecha de suspensión
09 MAR/2026

Tu próxima lectura
24 MAR /2026

Periodo Facturado:
Del 23 ENE/2026
al 20 FEB/2026
28 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 | Ruta Lectura: 1 3 18 315 0778 | Carga kW: 3,00 | Estrato: 2

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 18 313 3990

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 6003 (Diana Bot o Asesor)
- 601 5125 115
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO
- www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html

Emergencias 115 Operador Cliro. Gratuito las 24 horas.

Registrate 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

Expendedor 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

Nequi · MOVII · dale! · Red distrital RED CADE · Centro de servicio enel (Chía, Girardot 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.



Con
LA TARJETA DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA

RECIBE UN
20%
DE DESCUENTO EN TU PRIMERA COMPRA

Es muy fácil, solo debes:

Estrenar tu tarjeta entre el 1 de febrero y el 15 de marzo de 2026.

Realizar tu primera compra hasta el 15 de marzo de 2026.

Pagarla en máximo 6 cuotas.

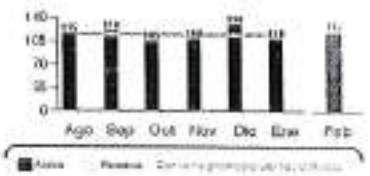
Tu descuento será hasta $120.000 en tu siguiente factura de ENEL.

¡Solicítala ya en los principales almacenes de cadena!

Escanea este QR para más información.

Total energía $55.910 + Total aseo $27.100 = Total a pagar $83.010

Comportamiento consumo



Estado de cuenta

Consumo mes actual	115 kWh
Consumo promedio	113 kWh
Valor kWh aplicado	$743,28
Consumo diario	3,97 kWh
Valor diario	$1.525

¿Sabías qué...?

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

Comercialización + Transmisión + Distribución + Costos Variables + Pérdidas + Restricciones + Costo Fijo = $517,29 $52,67 $200,58 $91,48 $22,83 $10,25 $28,66 $743,28

Información válida para el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2026

Calcula consumo de energía

Esto nos la energía que distribuimos, te costó $1.525 diarios.

	Consumo actual	Lectura anterior	Diferencia de lectura	Factor	Energía facturada kWh	Valor unitario	Total facturado
MEDIDOR ACTIVA (kWh)	28.226	28.111	115	1	115	$743,28	$85.126
MEDIDOR REACTIVA	0	0	0	0	0	$297,31	$0
Subsidio	Cons. a subsidiar 100,00 kWh	$	Valor kWh $743,2800	$	Beneficio 24,33 %		$20.324

DESTINADO SU ENTE: Si pagas oportuno el subsidio para el consumo de este periodo por $ 1.329 kWh mes) es de -24,33 %. $55.905

Otros cobros asociados a energía

SUBTOTAL $0

1 TOTAL ENERGÍA $55.910

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 $103.803.

Informamos que de no recibir el pago de las obligaciones Cobro CUP CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, esta omisión en mora, solo le dará la misma opción negativa a las bases de información Financiera y sobre por ningún no corremos si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ASEO CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.

Factura 830048122-9

Número para cualquier consulta

Ciudad Limpia

Cuenta contrato 11480484

Documento equivalente electrónico No. 3054492263-4

Periodo de facturación 21.01.2026 a 20.02.2026

Días liquidados

Costos para tarifas

$20.655,74	$8.041,16	$187.702,00

Histórico de facturación

Toneladas por suscriptor

Especial: 0,0033333 a
Corriente (otros): 0,0000881 t
Pequeño con aprovechamiento: 0,0000113
Pequeño sin aprovechamiento: 0,0000000
Residuales no aprovechables: 0,03

Datos usuario

Volumen:	0,1255	Estrato:	2
Densidad:	0,31	FREC. Recolección:	3
% Participación	25011004681	FREC. Barrido	3

Tipo productor: Multiusuario Residencial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No Residenciales	0	0

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - SERVICIO RES ORDINA	$20.774
ASEO - BARRIDO RES ORDINA	$ 19.909
ASEO - AJUSTE A LA DECENA ORD	$ 2
ASEO - RECOLECCIÓN APROVECHA	$0,04

Mesas en mora 0 $27.100

Mensajes de Interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $27.100,00

Calidad del Servicio

Duración Interrupciones (Horas)		Frecuencia Interrupciones (Eventos)	
DMC: 11,57	Grupo: 11	FMC: 13,64	DT: 260,28
DIU: 3,11	HC: 0,00	FM: 5,00	CT: 1.760,0000
DUMI: 3,00	HO: 0,00	FMM: 3,00	MO: 0,00
TMC: 6,00	CMO: 0,00	TMC: 6,00	MP: 1,00
			TM: 8,20

Documento electrónico

Para pagos y consultas su número de cliente es: 2294282-8

Pago Oportuno 09 MAR 2026

Total a pagar $83.010

FECHA GENERACIÓN 2026/02/20 00:59:02

FECHA EXPEDICIÓN 2026/02/20 17:01:43

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: 08 (Número de Historia clínica)	900255003229992	18-03-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	LUNA			COLOR: Blanco / Negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 1A	PESO: 3.7 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE CONVULSIONES/MIEDO: 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 Nacio en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nubia Del Carmen Chaparro		DIRECCION: Kr 100 N 23H 22	TELEFONO 3146929726
CEDULA: 52.951.604		CORREO ELECTRÓNICO: Chaparronubia46@gmail.com	
BARRIO: San Jose Fontibon	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X
N/R	N/R	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa ENTAVALENTE: 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:
132 l/m	28 r/m	37,9 °C	2 seg	Rosadas

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
	Atropina	0,3 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5ml/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	LUIS OCTAVIO VELEZ RODRIGUEZ Medico Veterinario Zootecnista T.P 14091	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	FIRMA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ | UNIVERSIDAD DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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:
	52951604

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

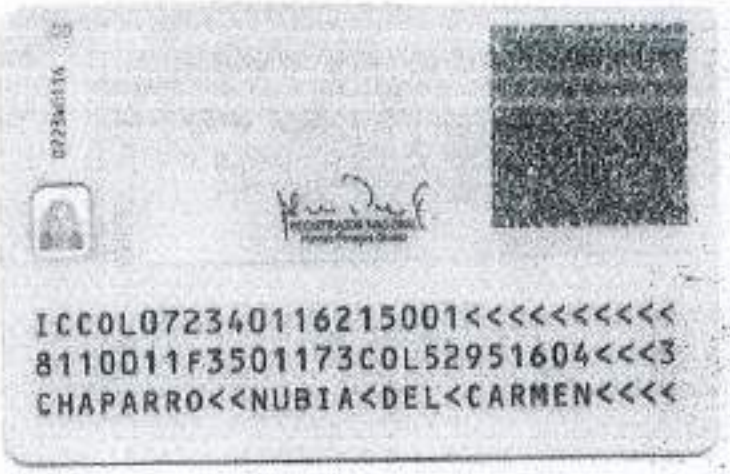
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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
IUP 52.951.604
CHAPARRO
NUBIA DEL CARMEN
COL
1.57
F
01 OCT 1981
A+
AQUITANIA (BOYACA)
28 AGO 2000, BOGOTA D.C
17 ENE 2035


ICCOL0723401162150O1<<<<<<<<<<<
8110011F3501173COL52951604<<<3
CHAPARRO<<NUBIA<DEL<CARMEN<<<<



DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 307104566-1

enel | Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1438884-8**

No. Medidor: **4726180**

65172

¡Hola!

CONST SAN ANTONIO
KR 100 NO 23 H 22 IN 2 AP 401
INT 2 APTO 401
BOGOTA, D.C. - SAN JOSA. DE FONTIBON

Pago oportuno
11 MAR 2026

Fecha de suspensión
24 MAR 2026

Tu próxima lectura
07 ABR 2026

Periodo Facturado:
Del 06 FEB/2026
al 06 MAR/2026
30 días

¡Este mes tuvimos ajustes a la LECTURA DE TU MEDIDOR y/o CONSUMO

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 3 5 07 502 0753 | Carga kW: 9,00 | Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básico

3 5 07 501 6044

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Ilumina con tecnología LED. Disfruta de espacios brillantes y ahorradores 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

320 890 8003
Elena Bot o Asesor

601 5115 115

Enel Colombia

@EnelClientesCO

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

Horario de atención: Disponible las 24 horas

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

Oficina Virtual

Avenida Boyacá # 6 B - 20

Línea 116

Estafas a primera vista.

Si encuentras estas señales relacionadas con el pago de tu factura de energía:

- Mensajes desde números no verificados
- Descuentos en el valor a pagar
- Links que llevan a páginas diferentes a www.enel.com.co

No es Enel, es una estafa.

Regístrate y paga de manera segura en la Zona Privada en

www.enel.com.co

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

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

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billeteras virtuales

Nequi MOVII dale

Red física: RED CADE

Centros de servicio enel

Corresponsales bancarios

CONRED efecty Reval efecty ROMERO



En la compra que siempre quisiste.

¡DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA!

ES MUY FÁCIL

Del [illegible] de febrero y el 31 de marzo de 2026.

Realiza tu primera compra entre el 16 de marzo de 2026.

Si adquieres hasta $320.000 en tu primera factura de ENEL.

Disponible por máximo 6 meses.

Escanea este QR para conocer el punto más cercano

LA TARJETA RECOMENDADO
TUS COMPRAS AQUÍ SON LA PUERTA
UN MUNDO DE BENEFICIOS
CON EL CLUB
CRÉDITO FÁCIL COMENSA
RECIBES
POR COMPRAS EN:
RESTAURANTES,
ESTACIONES DE SERVICIO
Y CINES.
MONTO MÁXIMO DE DEVOLUCIÓN POR TRANSACCIÓN:
$20.000
Escanea este QR e inscríbete GRATIS

$ 70.280

$ 105.040



(7)
65 kWh
156 kWh
$834,13
3,41 kWh
$2.420

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

Generación + Transmisión + Distribución +Costo Variable + Pérdidas +
$332,09 $92,82 $283,89 $75,07 $67,33
Restricciones + Costo Fijo = $834,13
$16,76 $5,05 Costo kWh Mes Vigencia: FEB 2026

En Colombia las tarifas son reguladas por la Comisión de Energía y Gas (CREG)

Esto mes la energía que distribuimos, le costó $2.420 diarios

47.660	47.673	13	1	64	18	$834,13	$10.834
0	0	0	0	0	0	$0,00	$0

Costo a cubrir 130 CUPS: X Incentivo $834,117 0 Beneficio $130 x $70.131

SUBTOTAL $70.280

$70.280

$0

Tenga 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 montos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $100.000

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Cristal Peak Colombia, en la fecha de PAGO OPORTUNO, esta entrará en mora, por lo cual el cobro reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza de la deuda. Supera 15 días y se vuelve pasiva

6300491220

Número para cualquier consulta Cristal Peak

Cuenta contrato 10812139

Documento equivalente electrónico No. 3671048294-1

Periodo de facturación 01.02.2026 a 28.02.2026

0%
0%
15%

Días liquidados

Datos usuario

Volumen	0.1082	Estrato	3
Densidad	3.20	FREC. Residencial	5
% Participación	37%	FREC. Barrido	1

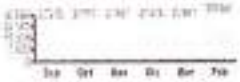
Tipo predador: Mixto para Residencial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No Residenciales	0	0

Costos para tarifas

$91.703,00	$1.759,02	$107.322,0

Histórico de facturación



Toneladas por suscriptor

Normal	0.0003219
Limpieza urbana	0.0000821
Recolección aprovechamiento	0.0000113
Descuento aprovechable	0.0015003
Residuos no aprovechables	0.04
Mora no aprovechable	0.00

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$36.80+
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$ 0.47-
ASEO - AJUSTE A LA DECENA $	0.+
ASEO - FACTURACIÓN APROVECH	$+.00+
ASEO - INTERES POR MORA	$29

Mensual 0 $35.380

Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 35.380,00

Calidad del Servicio

Duración Interrupciones (Horas)		Frecuencia de Interrupciones (Veces)	
DUS: 11.57	Ea.qui: 0	FMD: 15.05	DF: 257.44
DU: 22.54	HE: 0.00	FMI: 0.00	CP: 517.0000
DUER: 0.00	HC: 0.07	FMM: 0.00	MC: 0.00
TMO: 11.57	DEO: 0.01	TMO: 0.00	MP: 1.00
			Nm: 0.00
CD: 0.0010781		PERIODO: 0024.01	

Documento electrónico

140.0664-8

$ 105.040

(415)7707329991425388020(8011)4585460971045841(3900)000000000135540

FECHA GENERACIÓN 10.03.2026 01:03:30 FECHA EXPEDICIÓN 10.03.2026 16:59:04

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: Número de Historia Clínica: 09

MICROCHIP: 900255003229983

FECHA: 18-03-26

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Paloma			COLOR: Blanco	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: MESTIZO	EDAD: 2A	PESO: 10 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 ___

DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nubia Del carmen Chaparro		DIRECCION: Cr 100 N°23H-22	TELEFONO: 3146929726
CEDULA: 52957604		CORREO ELECTRÓNICO: chaparronubia46@gmail.com	
BARRIO: San Jose fontiban	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena Salud → Parto Diciembre.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X
5/9/25	DTA	CANINOS: PARVO: d/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: d/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: d/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	30 r/m	37,6 °c	2seg	Rosado S

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	LUIS OCTAVIO VELEZ RODRIGUEZ Medico Veterinario Zootecnista T.P 14091	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	FIRMA

ALCALDÍA MAYOR DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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 puedo 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 designada 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:	Tipo de Identificación:
	1 52951604

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

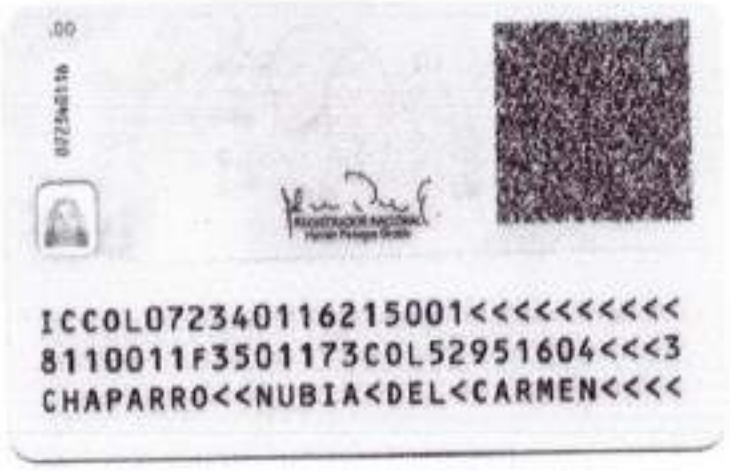
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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 52.951.604
CHAPARRO
NUBIA DEL CARMEN
COL
1.57
F
01 OCT 1981
A+
AQUITANIA (BOYACA)
25 AGO 2000, BOGOTA D.C.
17 ENE 2038


.00
REGISTRADOR NACIONAL
ICCOL0723401162150O1<<<<<<<<<<<
8110011F3501173COL52951604<<<3
CHAPARRO<<NUBIA<DEL<CARMEN<<<<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 387104506-1

enel Bogotá

1438884-8

No. Medidor: 4726180

651172

¡Hola!

CONST SAN ANTONIO
KR 100 NO 23 H 22 IN 2 AP 401
INT 2 APTO 401
BOGOTA, D.C. - SAN JOSA. DE FONTIBON

Periodo Facturado:
Del 06 FEB/2026
al 06 MAR/2026

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 3 5 07 602 0703 | Cargo kW: 0,00 | Retraso: 0

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

3 5 07 601 8044

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

Estafas a primera vista.

Mensajes donde ofrecen descuentos en certificados

Descuentos en el valor a pagar

Links que llevan a páginas diferentes a la de enel.com.co

No es Enel, es una estafa.

Ingresa a la Zona Virtual en enel.com.co/es/personas/radicaciones

Avenida Boyacá # 6 B - 20

Línea 110

¿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

Efectivo virtual

Red Global

Centro de servicio enel

Corresponsales bancarios



En la compra que siempre quisiste.

DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA!

ES MUY FÁCIL

Del 1 de enero al 1 de febrero y del 15 de enero de 2026.

Realizar tu primera compra hasta el 10 de marzo de 2026.

Tu descuento de hasta $300.000 en tu próximo recibo de enel.

Plazo máximo de acceso 6 meses.

Escanea este QR para conocer el punto más cercano

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 10

IV: 900255003229996

FECHA: 18-03-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Susy

COLOR: Amarillo blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA X MACHO RAZA: Pinscher EDAD: 3A PESO: 4.8 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nelglis Nakary Manrique Galvis

DIRECCION: Kra 99bis No 14-61

TELEFONO: 3129559066

CEDULA: 1.026.308.803

CORREO ELECTRÓNICO: drogmaboe@gmail.com.

BARRIO: Sabana grande ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 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

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 124 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 37,9 °c TLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.3 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml.	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	LUIS OCTAVIO VELEZ RODRIGUEZ Medico Veterinario Zootecnista T.P 14091	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	FIRMA

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y cormal 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 autorito al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorico 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:
Yadelys Hernandez	1026308803

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

1.026.308.803
MANRRIQUE GALVIS

NELLGLIS NAKARY





FECHA DE NACIMIENTO 14-ABR-1994
TACHIRA-SAN ANTONIO
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-AGO-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-61099230-F-1026308803-20190824 80677 02 A 1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 385514305-4

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2288800-0**

No. Medidor: **755487**

¡Hola!

LUZ DARY ORJUELA JAIME
KR 99 BIS NO 14 81 CA 264
0
BOGOTA, D.C. - SABANA GRANDE

Fecha de suspensión
09 MAR/2026

Período Facturado
Del 23 ENE/2026
al 20 FEB/2026

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía es el promedio de los dos últimos!

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 2 16 316 1402 | Carga kW: 5.08 | Estrato: 2

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 16 316 3421

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Rotula con tecnología LED. Destruye de espacios brillantes y acogedores mientras ahorras energía todos los días.

Consejos para el uso seguro de tu energía

Adapta siempre de cables rotos, enchufes o de mayor

Conéctanos | Puntos de atención Enel



- 308 890 8003 (Opción Bot o Asesor)
- 601 5115 115
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO
- www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
- Emergencias 24 h: Gratuita las 24 horas
- Registrate y vota: 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.

Repórtelo 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 · tpaga

Red física: **RED CADE**

Centro de servicio

Corresponsales bancarios

CONRED · efecty · Red Multiservicios · Revii · Su Red · Efecty · Supergiros · MOVIRED

34460

12 374 - Página 1 de 4

No. Cuenta 2288800 0 34460

34460

12 374 - Página 1 de 4

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.



FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 11

900255003229995

NO Hip

FECHA: 18-03-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Jadis

COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA X MACHO RAZA: Pinscher EDAD: 4 A PESO: 5.2 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Lucia Quintero Pedraza

DIRECCION: CL 13 No 122-50

TELEFONO: 3227079073.

CEDULA: 51772349

CORREO ELECTRÓNICO: 3227079073@sin correo.com

BARRIO: El chanco ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Primaria NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR:

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 124 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 37.8°C TLLC 2 seg MUCOSAS: rosadas

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
	Atropina	0.3 mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2 mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.D.)	0.5 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	LUIS OCTAVIO VELEZ RODRIGUEZ Medico Veterinario Zootecnista T.P 14091	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	FIRMA

FORMACIÓN

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 las 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:
Lucia Cuartero	52 772 349

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
51.772.349
QUINTERO PEDRAZA
LUCIA


FECHA DE NACIMIENTO 27-FEB-1964
SUAITA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
01-SEP-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

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: I3 RUTA: I33321

BIMESTRAL

12486257
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42809859210
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Periodo facturado DIC/20/2025 - FEB/18/2026

Pago oportuno MAR/06/2026 Suspensión MAR/11/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ABR/29/2026	FEB/21/2026 07:08:41	FEB/21/2026 09:24:31

¡Hola!

Factura a nombre de
LUCIA QUINTERO PEDRAZA

Dirección del predio
CL 13 122 50

Barrio: EL CHANCO Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 3
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca
Serie
Tipo
Diámetro pulgadas

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.

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 0m³



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
44.000	721

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	D	Facturado con
Lectura anterior	D	Base promedio
Tu consumo este período	44	Descargue fuente alterna
		Consumo totalizadora

Datos de tu medidor

Marca
Serie
Tipo
Diámetro pulgadas

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
$96.740,92	+	$102.590,12	+	$26.206-
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** $173.126

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 937b1f06e7f72c4111f0e0ef1e4e4d61b39ca123d62e62a80e6d806e0554ea05f8d0641cc196b0764d03348f01e8612335587e

Detalle de tu consumo este bimestre

	A Acueducto Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)	B Alcantarillado Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)									-40			
Consumo residencial básico (m³) *	44,00	$3.864,82	-40	$64.094-	$2.198,56	$96.740,92	44,00	$3.895,88	-40	$68.393-	$2.331,58	$102.590,12
Consumo residencial superior básico (m³)												
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$64.094-		$96.740,92				$68.393-		$102.590,12

* Corresponde a consumos de hasta 11m³ 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. (Ley 99 de 1993)

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$18,93	$64,34
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$833	$2.831

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada periodo facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Acuerdo 937 de 2024)

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-Ajuste a la decena	$2-
D-Banc. min. vital total	$26.586-
I-Intereses de mora	$780
Subtotal	25.206-

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. Con sello dirección y filas reducidas en www.bogota.gov.co/cadees

La EAAB-ESP sólo tiene convenios con los siguientes Bancos: Popular, Occidente, Bogotá, Colmena, Av Villas, Bogotá, Scotiabank y Citi

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-1001000-10-648-625

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$173.126

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor cajero: Si en el espacio de abajo aparece sello y sticker de cancelación, todo está bien. Acuérdese: Este pago sólo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en ningún otro punto bancario.

8546 3722 2/2

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 - Número de Historia Clínica: 12	MICROCHIP: Expiry-Date: 2030/09/02 900255003229984	FECHA: 18-03-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Candy				COLOR: negro/amarillo	
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA: Mestizo	EDAD: 1A	PESO: 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: comida humeda	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Andrea Ramirez Esquivel	DIRECCION: DG 76B # 170-55	TELEFONO: 3142172867.
CEDULA: 65 555 535	CORREO ELECTRÓNICO: anraes29@gmail.com.	
BARRIO: El carmen	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 5e9/25	ULT. DESPARASITACION dd/mm/aaaa: Feb/26	ULT. VACUNACION: NS/NR:
		CANINOS: P/JVO: dd/mm/aaaa: TRIPLE: dd/mm/aaaa: May/23 PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa
		HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS PATOLOGICOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 130 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 38.2°c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.	

OBSERVACIONES: ~~~

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.3 ml	
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	1 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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	LUIS OCTAVIO VELEZ RODRIGUEZ Medico Veterinario Zootecnista TP 14091	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	FIRMA

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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:
	1555535

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 65.555.535
RAMIREZ ESQUIVEL
APELLIDOS
ANDREA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-SEP-1978
GUAMO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-DIC-1996 GUAMO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 365569123-4

enel | Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1559896-5**

No. Medidor: **21303267**

40381

¡Hola!

ENRIQUE LEON CARDENAS
DG 16 B NO 110 55 IN 5 AP 101
BOGOTA, D.C. - EL CARMEN FONTIBON

PAPEL ECOLÓGICO

Pago oportuno
05 MAR /2026

Fecha de suspensión
09 MAR/2026

Tu próxima lectura
24 MAR /2026

Periodo Facturado:
Del 28 ENE/2026
al 26 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 Ruta Lectura: 1 3 18 305 1536 Carga kW: 10,00 Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial Subclase: Básica

1 3 18 304 9678

40381

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

TRD - Página 1 de 2

Contáctanos | Puntos de atención Enel



316 890 8003 (Elena Bot o Asesor)
601 5115 115
Enel Colombia
@EnelClientesCO
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
Emergencias 115 Operador Claro Gratuito las 24 horas
Regístrate gratis Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

Trámites y solicitudes
enel.corp.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

Nequi · MOVII · daki · Red distrital RED CADE

Centro de servicio enel
Únicamente Chía, Girardot y Facatativá

Corresponsales bancarios

CONRED · Reval · 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.



LA DE LA Redeban.
Crédito Fácil CODENSA

RECIBE UN 20%
DE DESCUENTO EN TU PRIMERA COMPRA

Es muy fácil, solo debes:

Solicitar tu tarjeta entre el 1 de febrero y el 15 de marzo de 2026.

Realizar tu primera compra entre el 1 de febrero y el 15 de marzo de 2026.

Pagar tu cuota de compra 6 meses.

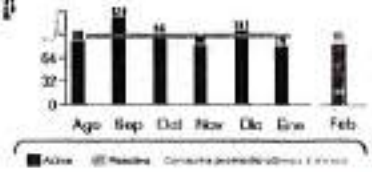
Si no cumples, habrá $120.000 adicional en tu factura de ENEL.

¡Solicítala ya en los principales almacenes de cadena!

Escanea este QR para más información.

Total energía	+	Total aseo	=	Total a pagar
$50.970		$40.020		$90.990

Comportamiento consumo



Estado de cuenta

Consumo mes actual:	61 kWh
Consumo promedio:	84 kWh
Valor kWh aplicado:	$740,25
Consumo diario:	2,78 kWh
Valor diario:	$1.757

¿Sabías qué...?

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

Generación	+	Transmisión	+	Distribución	+	Costo Pérdidas	+	Pérdidas	=
$247,20		$42,97		$281,24		$95,46		$69,33	
Restricciones	+	Costo Fijo	=	$740,25					
$17,05		$0,00		Costo kWh Bruto				Vigencia: 1/ene/2026	

En Colombia las tarifas son reguladas por la Comisión de Energía y Gas (CREG).

Cálculo consumo de energía

Este mes la energía que distribuimos, te costó $1.757 diarios

	Lectura actual	Lectura anterior	Diferencia de lecturas	Factor	Energía consumida kWh	Energía facturada kWh	Valor unitario	Valor facturado
ENERGIA ACTIVA FP	56.876	56.795	81	1	81	81	$740,25	$59.960
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$292,59	$0

Subsidio: Cons. a subsidiar 130,36 kWh X Valor kWh $743,2455 X Subsidio: 15,00 % -$5.994

COTAMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 173,5 kWh/mes) es de: 15,00 %

$50.966

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena

SUBTOTAL: $4

1 TOTAL ENERGÍA: $50.970

Otros cobros de productos y servicios

Te informamos la cancelación del 40% de tus productos y servicios a través de la APP. Te descontar Dinero en tu pagina web en el mismo tiempo a PAGOPAR. Ahora en nuestra página web en la sección Promoción.

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 la prestación y de acuerdo con las tarifas publicadas en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $169.963

Informamos que de no realizar el pago de las obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y sobre el pago de cobranza el la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

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

NIT: 830048122-9

Número para cualquier consulta — Ciudad Limpia

Cuenta contrato: 100662283

Documento equivalente electrónico No.: 365548123-4

Periodo de facturación: 21.01.2026 a 20.02.2026

Aporte no residencial	0%
Aporte residencial	0%
Subsidio	15%
Días liquidados	**31**

Datos usuario

Volumen:	0.1810	Estrato:	3
Densidad:	0.19	FREC. Recolección:	3
% Participación:	1.6752%	FREC. Barrido:	3

Tipo productor: Multiusuario Residencial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No Residenciales	0	0

Costos para tarifas



Histórico de facturación



Toneladas por suscriptor

Barrido:	0.00256518
Limpieza urbana:	0.00068511
Factura del aprovechamiento:	0.00061133
Efectivamente aprovechados:	0.00163463
Facturas no aprovechables:	0.04

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$41.884
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-8.353
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-2
ASEO - REFACTURACION APROVECHA	$6.591

Meses en mora: 0

3 TOTAL ASEO: $40.020

Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 40.020,00

Energía Del Norte S.A. ESP, Grupo Enel, pertenece a Distribución Región Sur S.A. ESP y Distribución Región Norte S.A. ESP. Ambas son empresas independientes entre sí, cuyo objeto social es la distribución de energía eléctrica en el departamento de Norte de Santander y en el municipio de Ocaña. Cada una es responsable de la calidad de la energía suministrada en su área de influencia. Este enlace sólo direcciona a la página web de la empresa Energía del Norte S.A. ESP. Para mayor información consulte la página web www.enel.com.co/es/personas/norte-de-santander.html

Documento electrónico

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1559896-5**

Pago Oportuno: 05 MAR (20%)

Total a pagar: **$90.990**

(415)7707209914253(8020)011559689538954912342(3900)000000000090990

Use este código para pagos en canales presenciales

FECHA GENERACIÓN: 24/02/2026 09:58:21

FECHA EXPEDICIÓN: 24/02/2026 12:15:10

CUFE: 18ac8a7c0...

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 - Número de Historia clínica: 13	Expire-Date: 2030/09/02 900255003229985	18 03 26

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Canela			COLOR: café	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: Mestizo	EDAD: 9M	PESO: 7.95 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X			TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ✓ MIXTO X OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Rafael Arturo Martinez Pinzon		DIRECCION: Cl 77 N 110-04	TELEFONO: 3158007787
CEDULA: 79.771.322		CORREO ELECTRÓNICO: Vicjorafa-3532@hotmail.com	
BARRIO: Villa Carmenza	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachillerato	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___
Dic/25	NOV/25	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa QUINTUPLE: 30 NOV/25 RABIA: dd/mm/aaaa 30/12/25
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno	
CLASIFICACION ASA: I II III IV V VI E	CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
138 l/m	24 r/m	38.2°c	2 seg	ROSADOS

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	4 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	1 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	✓ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2 ml.	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.8 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la 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	LUIS OCTAVIO VELEZ RODRIGUEZ Medico Veterinario Zootecnista T.P 14091	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	FIRMA

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de identificación:
	1071322

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 19.171.322



Apellidos
MARTINEZ PINZON

Nombres
RAFAEL ARTURO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.77

Sexo
M

Fecha de nacimiento
04 MAYO 1952

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
14 AGO 1970, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
16 DIC 2035

0052450

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0861907900150O1<<<<<<<<<<
5205040M3512160COL19171322<<<7
MARTINEZ<PINZON<<RAFAEL<ARTURO

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA

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

Natascha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 53 RUTA: 533694

BIMESTRAL

10695527
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11141761111
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
RAFAEL MARTINEZ

Dirección del predio
CL 17 110 04

Barrio: VILLA Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

? PAGO POR NEQUI
M03501591
14/02/2026
09:36 AM.

Período facturado NOV/20/2025 - ENE/17/2026

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/18/2026	FEB/05/2026 05:37:07	FEB/05/2026 08:15:02

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 2
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca G3 MEGATOR Tipo VELOCIMETRICO
Serie 24-716091 Diámetro pulgadas ¾

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 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 la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena.

10587 48143 23868

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia clínica: 14	900255003229494 NO scrip	FECHA: 18-03-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Isis				COLOR: Caramelo	
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA: mestizo	EDAD: 1 A	PESO: 10.6 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: Aura Milena Castellanos Sanchez	DIRECCION: CL 22J No 96J48	TELEFONO: 3222222069
CEDULA: 52845064	CORREO ELECTRÓNICO: 3222222069@sincorreo.com	
BARRIO: Cofradia	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO BIFAMILIAR	

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR:
01-2026	02-2026	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: 20/01/2025 PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: 08/11/2025 FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC:	MUCOSAS:
128 l/m	32 r/m	37.9 °c	2 seg	NO SUDO S

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.1 ml	1-3mg/kg IM
	KETAMINA	2.2 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	1.1 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.1 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.44 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relativos a la cirugía (Ovariohisterectomía/Orquiectomía (castración)), que en ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN / NO ACEPTACIÓN para la realización del procedimiento en mención prequirúrgicos

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO EXPERTO PROFESIONAL	LUIS OCTAVIO VELEZ RODRIGUEZ Medico Veterinario Zootecnista T.P 14091	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	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:
Aura Castellanos.	52845064

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Paciente presenta piómetra

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 52845064
CASTELLANOS SANCHEZ
APELLIDOS
AURA MILENA
NOMBRES
Aura Castellanos.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-MAR-1982
SANTAFE DE BOGOTA DC
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-JUL-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1500100-45005601-F-0052845064-20001017 0407300291A 02 095330314

FACTURA EN LÍNEA



Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibir tu factura desde el próximo mes.



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

¡Ahórrate el incremento de tarifa del 2026!

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

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Rodeabarr · Itaú · Bancolombia · BBVA · Bancolombia · Banco Pichincha · Nequi · Davivienda · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Junbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

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

¡Hola!

RAFAEL HERNANDO CASTELLANO
CL 22J 36I 48 - COFRADIA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.

Medidor Gas No. 5077101-1005111

Lote: P09GN Ruta: 0011020321980006000 Código del Sector: 321

Cuenta o referencia de pago **61720340**

vanti Listo

Compra tu lavadora, calentador o gran electrodoméstico y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

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.

Términos y condiciones de Vanti Listo. Sujeto a aprobación crediticia. Aplica para compras en establecimientos de comercio autorizados. Consulta condiciones de financiación y cuotas disponibles en el momento de la compra.

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://ww.grupovanti.com/

Recuerda que puedes elegir tu comercializador preferente para cumplimiento del artículo 6 de la Ley 2383 de 2024.

Cuot

F

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

vanti

Más formas de avanzar

1 — 4

Pago oportuno
29 Ene. 2026

Fecha de suspensión
30 Ene. 2026

Periodo facturado
Dic. - Ene. 2025

Emisión de tu factura
15 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	22M3	2.543,89	0,00	55.961,18
RUD	1UN	4.180,00	0,00	4.180,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,82	0,00	1,82
RECAUDO TERCEROS Prima seguro Acci	0	22.126,00	0,00	22.126,00
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deuda	0	261,00	0,00	261,00
Vanti Más Antojo	1UN	11.294,12	2.145,88	13.440,00

1 — Total $95.970,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

Valor facturas vencidas

$0,00

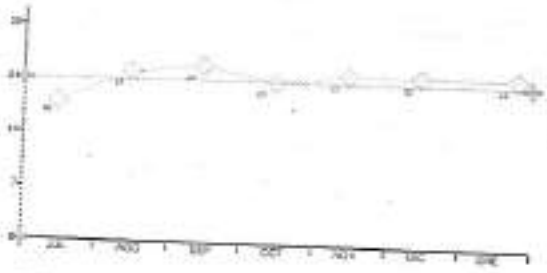
Total a pagar 1 + 2 + 3

$95.970,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
11 Dic. 2025	7100	REAL
10 Ene. 2026	7128	REAL

m³ corregido= 7128 - 7100 * Factor de corrección = 22

Tu próxima lectura será

Entre 07 y el 12 de Febrero

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Oct. 2028

La revisión de la instalación interna de su responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente "Acondicionamiento RUD de 2017 y 41380 de 2017"

Agenda ya su RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2644.

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

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

Componentes tarifarios

Cm: 1330.00 Tm: 543.21 Dm: 584.76 Cm: 2543.89
P: 84.32 Cvm: 0.0 Cvfm: 4100.0 Cvum: 2543.89
Cum: 0.0 Tpm: 42.475 Dsum: 0.0 Dsumfl: 0.0

Vpm: Tu consumo en m³ de gas equivale: 280
VVm: y el precio unitario por kWh es: $201.212

Factor de corrección

Vm: 28 Kz: 0.78689 Pz: 1.05048 Pc: 0.77125
Vc: 22 Tm: 13.7 Tc: 19.98 Pc: 1.01000
Pc: 0.751 Dm: 0.003 P Dc: 1.0
Factor de corrección: 0.77125

Indicadores de calidad

PCI: 100.0 CCS: 0.0 ID: 100.0 IFV: 100.0





(415)7709998025025(8020)81720340(3900)000000000095970