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 - 01 (Número de Historia Clínica) | MICROCHIP: 900255003232541 | FECHA: 31 marzo 2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA X | COMUNIDAD | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: coffe | COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO | SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA: Fish poodle | EDAD: 3A | PESO: 5.1 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: Andrea Carolina Sandoval Benitez | DIRECCION: Calle 20 B N 104-22 | TELEFONO: 3155727794

CEDULA: 52.783.875 | CORREO ELECTRÓNICO: dulcecompañia2026@gmail.com

BARRIO: Boston | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/R | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 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: 138 l/m | F. RESPIRATORIA: 24 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °C | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.3 ml	5-2mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PCR (S.P.S.)	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 propietario o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (castración/castrado), cuales fue manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO ____, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: **JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100** | FIRMA

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Andrea Jaramillo	52783815

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. RAZÓN:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor	Nro. Identificación	FIRMA

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

Nombre del Responsable/Tutor	Nro. Identificación	FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

52.783.875

NOMBRES
SANDOVAL BENITEZ

APELLIDOS
ANDREA CAROLINA

FIRMA
Andrea Sandoval





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-FEB-1982
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | A+ O. S. RH | F SEXO

07-MAR-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-15001500-00080983-F-0052783875-20060929 0050336970A 3 1113015637

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 - 02 (Número de historia clínica) | MICROCHIP: 900255003232828 | FECHA: 31 marzo 26

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: lola | COLOR: Dorado

ESPECIE: CANINO X FELINO ____ | SEXO: HEMBRA X MACHO ____ | RAZA Mestizo | EDAD 2 años | PESO: 28,2 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ____ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angela Fernanda Hernandez Ochoa | DIRECCION: Calle 14b 119a - 17 | TELEFONO 3121880106

CEDULA: 1016091236 | CORREO ELECTRÓNICO: Ochoaangela813@gmail.com

BARRIO: Charco | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Oct 125 | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Dic 125

ULT. VACUNACION: NS/NR: ____

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

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa ____ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa ____ RABIA: dd/mm/aaaa Sept-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: 140 l/m | F. RESPIRATORIA: 38 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS Rosadas.

OBSERVACIONES: ____

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	6 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1.2 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 sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	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:
• ANGELA Hernandez	• 1016091236.

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

Se realiza intervencion ventral para corregir sobrado, se encuentra localizado en ovario, derecho nuevamente se realiza sutura y queda satisfactorio, se explica al propietario lo encontrado y se explica los cuidados y medicamentos a seguir

ANGELA Hernandez	1016091236	ANGELA
Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.016.091.236

HERNANDEZ OCHOA

ANGELA FERNANDA

COL

1.55

F

17 DIC 1996

O+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

07 ENE 2015 BOGOTA D.C.

13 JUN 2024

Angela H.


.CO

0483528117

ICCOL0483528174150O1<<<<<<<<<<
9612176F3406131COL1016091236<6
HERNANDEZ<OCHOA<<ANGELA<FERNAN

¡Hola!

ADRIANA HERNANDEZ
CL 148 119A 17 I30 00502 - GHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057105-148338

Lote: P16GN **Ruta:** 001184021703000 6700 **Código del Sector:** 437

Cuenta o referencia de pago **61676730**

437
5011184021703000 6700
74652
P16GN
C1





Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Factura de gas | Febrero 2026

Cuenta referencia de pago **61575730**

vanti

Más formas de pagar

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: **10 Mar. 2026**

2 — Fecha de suspensión: **11 Mar. 2026**

3 — Periodo facturado: **Ene. - Feb. 2026**

4 — Emisión de tu factura: **24 Feb. 2026**

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	11M3	2.947,40	0,00	32.421,75
MENOS SUBSIDIO (33%)	1UN	-10.786,71	0,00	-10.786,71
AJUSTE DECENA	1UN	4,96	0,00	4,96
Vanti Max Cor Permanencia F	1UN	11.934,37	2.265,63	14.190,00

1 – Total **$35.830,00**

Tus financiaciones

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

2 – Total **$0,00**

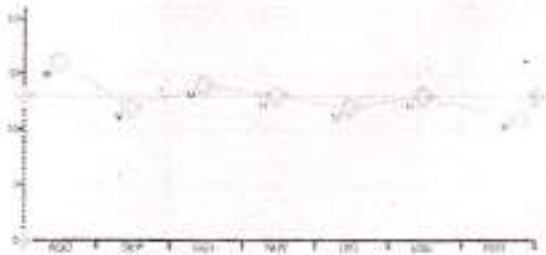
3 – Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$35.830,0**

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso:Residencial | Estrato/Cat.Dos | Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
21 Ene. 2026	4479	REAL
20 Feb. 2026	4493	REAL

m³ corregido= 4493 - 4479 * Factor de corrección = 11

Tu próxima lectura será Entre 16 y el 21 de Marzo

Novedades de tu factura

Saldo $ 2021.41

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $82.580

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Sep. 2030

Agende ya su RPO aquí

Tarifas

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

Nov. $2742 Dic. $2671 Ene. $2544

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

Componentes tarifarios

Gm: (329.37 Tm: 603.81 Dm: 666.62 Dm: 0.0
R: 64.61 Cuv: 3.8 Cdm: 0.8 Cuvm: 0.0
Dm: 0.0 Fpcs: 42.436 DALR: 0.0 DALRM: 0.0

Valor Tu consumo en m³ de gas estrato: 130
kWh y el valor unitario del kWh es $166.429

Factor de corrección

Vm: 12 Fa: 0.72667 Fc: 1.00982 Pc: 0.77121
Vc: 11 Tm: 13.00 Tc: 13.50 Pz: 1.07906
Fa: 0.791 Pm: 0.0214 Fpv: 1.0
Factor de corrección: 0.77121

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 ICD: 0.0 IC: 100.0 IPC: 100.0





(415)7709998025025(8020)61575730(3900)0000000035830

74662

C1

Factura No. F1587818309

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 - 03 (Número de Historia Clínica)

MICROCHIP: SI — Expiry-Date:2030/09/02 — 900255003232557 — Número:

FECHA: 31-03-26

ORIGEN: CES — PROTECCIONISTA X — COMUNIDAD — CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Nena			COLOR: Barcino	
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA: Mestizo	EDAD: 7 0M	PESO: 16.5 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO CONCENTRADO MIXTO X OTRO			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Myriam Yagama Arevalo	DIRECCION: Kr 99 Bis 14-05	TELEFONO: 3108709678.
CEDULA: 36 507658	CORREO ELECTRÓNICO: hogardepasomascachorros@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
N/A	N/A	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS
138 l/m	26 r/m	38.2 °c	2 seg	Rosada s.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICAON		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.7 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	3.4 ml	5-7mg/kg IV
		ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2 ml	0,5 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.7 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.68 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, 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:
	35.207.658

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

Nombre del responsable/Tenedor: CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor: Nro Identificación: FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

Nombre del Responsable/Tutor Nro. Identificación FIRMA:


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


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

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. 04 Número de historia clínica	MICROCI 900255003232322	FECHA: 31 marzo 26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zoe				COLOR: Blanco Negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA: Mestizo	EDAD: 7m	PESO: 12,3 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: Ariadna Valentina Rueda Fonseca	DIRECCION: Kr 123 146-70	TELEFONO: 3237401558
CEDULA: 1000363405	CORREO ELECTRÓNICO: Avrf405@gmail.com	
BARRIO: El Charco I	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NR	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: feb/26	ULT. VACUNACION: NS/NR:	
		CANINOS: P. VO: dd/mm/aaaa	TRIPLE: dd/mm/aaaa
		HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa
		PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa	RABIA: 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 PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA 38,3 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS Rosada S.	

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (La 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	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	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 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 estado del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
• Valentina Pineda F.	• 1000 363 405.

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.000.363.405
RUEDA FONSECA
APELLIDOS
ARIADNA VALENTINA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-SEP-2000
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
06-SEP-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 385265432-4

enel | Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **4600343-8**

No. Medidor: 174771

¡Hola!

JAVIER FORERO BAQUERO
KR 123 NO 14 B 70 TO1 AP 303
TORRE 1 APARTAMENTO 303
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO I

PAPEL ECOLÓGICO

Pago oportuno
03 MAR /2026

Fecha de suspensión
05 MAR 2026

Tu próxima lectura
19 MAR /2026

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

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

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 3 16 321 1683 | Carga kW: 3.60 | Retrato: 2

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 16 303 4570

Consejos para el uso eficiente de tu energía

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

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Contáctanos | Puntos de atención Enel



- 316 890 6000 (Elena Bot o Asesor)
- 601 6125 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

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

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

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



¿Como 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 | tpaga

Red distrital RED CADE

Centro de servicio enel (únicamente Chía, Girardot y Facatativá)

Corresponsales bancarios

CONRED | Supergiros | Todo1 | Su Red | Reval | Su Red | Efecty | Su Red | MOVIRED

3907 9

3907 9

2 / 3907 / Pág no 1 de 3

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 - 05 (Número de Historia Clínica)

MICROCHIP: 900255003232328

FECHA: 31 mayo 26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nolela				COLOR: Caf y negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA: Mestizo	EDAD: 19m	PESO: 19,0 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO. SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO CONCENTRADO MIXTO X OTRO			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ingry Patricia Camilo Rueda	DIRECCION: Dg 16b 104-23	TELEFONO: 3204401962
CEDULA: 37620087	CORREO ELECTRÓNICO: ingridcamilloweda@gmail.com	
BARRIO: El Carmen	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Universitaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 14 may 26	ULT. ESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Dic/25	ULT. VACUNACION: NS/NR:	
		CANINOS: PARV: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa	TRIPLE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELA: dd/mm/aaaa	PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa: Mayo 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: 136 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 38,2°c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.	

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	38 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (B. 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), entrego 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	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

Adicionalmente 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 controversia 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 imprecisión 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:
•	• 37620087 Piedad Acosta

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
37.626.087
CARRILLO RUEDA
INGRY PATRICIA


04-FEB-1985
PIEDECUESTA
(SANTANDER)
1.56
B+
F

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.023.004 - 1

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: Q3 RUTA: Q33358

BIMESTRAL

10892753	41465067910
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

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

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

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ABR/13/2026	FEB/03/2026 08:39:47	FEB/03/2026 11:27:39

¡Hola!

Factura a nombre de

CAJA DE VIVIENDA MIL CAJA DE V

Dirección del predio

DG 16B 104 23 IN 8 AP 304

Barrio: **EL CARMEN** Localidad: **FONTIBON**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca FLODS DE ACTARE Tipo VELOMSTZ
Serie AT15234731 Diámetro pulgadas ½

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena.

28409 07257 49038

Multipagos
OFC: SUC... 886 - Rapiduv Fontibon
FCH: 27/11/2026 08:24:42 AM
CAJ: ASSAYEDNGA - ANGIE LICETH MAYONGA OLAYA

TRANSACCION	REFERENCIA	IMPORTE
PEYCASH	[illegible]	$8.270,00
CANTIDAD: 1	TOTAL:	$8.270,00
MEDIOS DE PAGO		VALOR
Efectivo Tendero		$8.270,00

0 UG 2ah4sh5f 1ha4ii6zb0ii4 3BAiB0c54d13d0b

Marca FLOIDS DE ACTARIS Tipo VELOCIDAD
Serie A18S23473I Diámetro pulgadas ¾

15m³

0

10 UNO

for.

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

En este período	Promedio al día
10.000	164

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
$48.030,74		$41.269,00		$70
A		B		C D E F

Consulte 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 DIAN en el periodo actual

= **Total a pagar** $89.370

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): dc6a0f01a6a0a8a8d7c591d3ea013b3c0723098cbc0f0b463a38875f1b1710858658a8654908a6b521969ee770274822

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Cantidad x Costo)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$2.795,62		-15		$2.939-	$5.300,29		$10.652,24
Consumo residencial básico (m³)	10,00		$3.691,55		-15		$5.537-	$3.137,83		$31.378,50
Consumo residencial superior básico (m³)	-									
Cargo fijo no residencial (mes)	-									
Consumo no residencial (m³)	-									
Subtotal							$8.476-			$48.030,74

B Alcantarillado

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Cantidad x Costo)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$4.655,05		-15		$1.397-	$3.057,64		$7.915,10
Consumo residencial básico (m³)	10,00		$3.923,09		-15		$5.885-	$3.935,39		$33.353,90
Consumo residencial superior básico (m³)	-									
Cargo fijo no residencial (mes)	-									
Consumo no residencial (m³)	-									
Subtotal							$7.283-			$41.269,00

* Corresponde a consumos de hasta 15m³ 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 o básico. (Ley 99 de 1993)

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$26,82	$91,15
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$268	$912

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 479 de 2012)

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Intereses de mora	$70
Subtotal	70

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
PSE, tpaga, NequiPay, Nequi, Claro, Daviplata, dale, Nubank, Nu

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados
Punto pago, Efecty, puntored, Baloto

Red CADE: Consulta direcciones, horarios de atención y nuevos puntos de pago en www.cadebogota.co

La EAAB ESP puede cobrar en nombre y por cuenta de los siguientes operadores: Promotora Del Acueducto, Empresa De Energía De Bogotá, Gas Occidente, ANDINAS, Bogotá, Soluciones y City

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 3-11000000-10 EAB-ESP

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$89.370

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO FACTURA DE SERVICIO PÚBLICO No.
Señor cajero: Sino el despacho de caja aparece sello y placa de reconocido, no lo reciba. Acueducto. (Este pago no le podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en establecimiento bancario).

ALCALDÍA 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.- 06 (Número de Historia clínica) | MICROCHIP: 900255003232250 | FECHA: 31 marzo 26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Alegria				COLOR: Negra Blanco	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA Mestizo	EDAD 3 años	PESO: 20,2 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 X CONCENTRADO ___ MIXTO ___ OTRO ___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gabriela Montoya Valbuena	DIRECCION: Kr 114 22d - 15	TELEFONO 3052306915	
CEDULA: 1013097317	CORREO ELECTRÓNICO: lgamv2912@gmail.com		
BARRIO: Versalles	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Universitaria	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: NR
ene/26	ene/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. | CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS 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	2 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	4 ml	5-7mg/kg IV
		___ 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	1mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ~~~

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	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:
Gabriela Montoya Do	1013097317

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

1.013.097.317



MONTOYA VALBUENA

GABRIELA

COL 1.55 F

29 DIC 2003 O+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

30 DIC 2021 BOGOTA D.C.

09 AGO 2032





REGISTRADOR NACIONAL

I<COL0029210150150011<<<<<<<<<<<
0312299F3208092COL10130973177<7
MONTOYA<VALBUENA<<GABRIELA<<<<

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

2. Considera que requiere ajuste o modificación en la prescripción que viene tomando habitualmente de acuerdo a la valoración medica del estado del paciente, resultados de paraclínicos, etc?
PORQUE

3. Registre los medicamentos que requiere el paciente y los cambios considere pertinentes en los medicamentos que el paciente toma habitualmente?

EL USUARIO REQUIERE SEGUNDA OPINION
OBSERVACIONES

IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

1. CONOCE LOS RIESGOS/COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD	SI
2. CONOCE LOS ALIMENTOS QUE PUEDE O NO CONSUMIR	SI
3. SABE SI PUEDE O NO REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	SI
4. CONOCE SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS	SI
5. PRÁCTICA MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA CONSERVAR SU SALUD	SI
6. SABE CÓMO LLEVAR UNA SEXUALIDAD RESPONSABLE	NO
7. CONSUME LICOR O FUMA	NO
8. CONOCE LOS EFECTOS ADVERSOS DE SUS MEDICAMENTOS	SI

CONDUCTA PROFESIONAL

LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE

paciente femenina quien ingresa con ordenes de san jose para trancepcion pro alteracion administrativa , para procedimiento quirurgicos con persitencia de patlogia quien requiere manejo se decide trancepscion de ordenes
refiere entender y aceptar

EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES

paciente femenina quien ingresa con ordenes de san jose para trancepcion pro alteracion administrativa , para procedimiento quirurgicos con persitencia de patlogia quien requiere manejo se decide trancepscion de ordenes
refiere entender y aceptar

EDUCACION

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES SI

DERECHOS

DEBERES

DEMANDA INDUCIDA

DETECCION ALTERACIONES DEL ADULTO

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal Dx	Ingreso Dx	Egreso
E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	Presuntivo	☑	☐	☐

Observación

EXAMENES SOLICITADOS

Nombre	Cantidad	Observacion
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	1	prequirurgico
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	
NITROGENO UREICO	1	
TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	1	

FACTURA EN LÍNEA



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



Mundo digital Vanti

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

pse — Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

- Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Baloto · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco Caja Social · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda · Bancoagrario · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

Reduce 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. 800.058.212-8 704537/Vanti VANTI

¡Hola!

JORGE AGUDELO ORDOÑEZ
KR 114 22D 15 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de ova
Vanti S.A.
Medidor Gas No. 5057105-87936

Lote: P13GN Ruta: 0011020185390005000 Código del Sector: 326

Cuenta o referencia de pago 64207705

vanti Listo

Compra lo que necesites para adecuar y amoblar tus espacios y hazlo más fácil y rápido a cuotas a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 6.900.000



Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

NIT. 900959048 Call center: 2091480 opc. 8 Fecha Actual : miércoles, 05 abril 2023

FORMULACION MEDICA INTRA-HOSPITALARIO

Paciente	HANNER ANDREY OLAYA BARRERA	Edad	11 Años / 3 Meses / 22 Días	Folio	4
Identificacion	1099550200	Telefono Movil	3144421298	No. Historia	1099550200
Centro- Atencion	USS OCCIDENTE DE KENNEDY	Telefono Fijo	4480030	Ingreso	8512362
Direccion	TV 74 F # 40 B 54 SUR			Fecha Ingreso	5/04/2023 8:46:36 p. m.
Entidad	RS_013_2 - EPS COOSALUD SUBSIDIADO			Fecha prescripcion	05/04/2023 10:17 p. m.
No. Cama				Suministro Paciente	
Ubicacion Cama		Area de Servicio: KE10B01 - CONSULTA URGENCIAS OCCIDENTE DE KENNEDY			

Plan de Beneficios: **RS_013_2 - EPS COOSALUD SUBSIDIADO**

Diagnostico Principal : W544 - MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO: CALLES Y CARRETERAS

Formula: 0

MEDICAMENTOS POS

	Medicamento	Cantidad	Concentra.	Unidad	Via Admin.	Posologia	T.D.	Dura
MED489	DICLOFENACO 75MG/3ML IV/IM SOLUCION INYECTABLE	(1) UNO	75 MG	mg.	Intramuscular	diclofenaco 50mg im ahora	☑	24 h
MED1600	SUERO (INMUNOGLOBULINA ANTIRRABICA HUMANA SOLUCION INYECTABLE	(1) UNO	2 ML	MILILITRO	Intramuscular	ahora	☑	24 h

Total Items: 2

LISTADO DE DIAGNOSTICOS

CODIGO	DESCRIPCION	TIPO DIAGNOSTICO	PRINCIPAL	DE INGRESO	DE EGRESO
W544	MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO: CALLES Y CARRETERAS	Presuntivo	☑	☐	☐

705478

FARMACIA DISPENSADO
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE

SANCHEZ MATEUS LENI ROCIO
MEDICINA GENERAL
1024528075

Maritza Arellanes M.
CC # 52075.017
Aux. de Enfermeria
Entrega: Adriana C.

Factura de gas

Marzo 2026

Cuenta o referencia de pago: 64207705

BOGOTA

NIT 900.067.813-1
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti

Más formas de pa

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 09 Abr. 2026
2. Fecha de suspensión: 09 Abr. 2026
3. Periodo facturado: Feb. - Mar. 2026
4. Emisión de tu factura: 19 Mar. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	15M3	2.566,59	0,00	38.498,85
FIJO	1UN	4.230,00	0,00	4.230,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,15	0,00	1,15
RECAUDO TERCEROS Cosespark Proteco	0	10.000,00	0,00	10.000,00
Vanti Max Gas 2	1UN	13.184,87	2.505,13	15.690,00

1 – Total $68.420,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

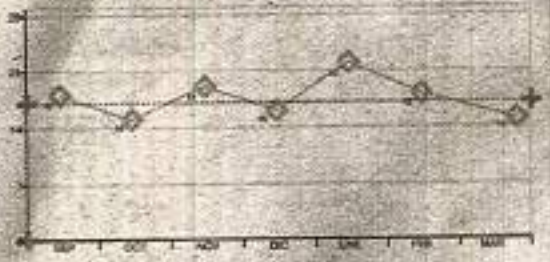
3 – Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $68.420,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Use:Residencial | Estrato/Cat.Tmo: | Días de consumo: 29

Fecha	Lectura	Tipo
17 Feb. 2026	9853	REAL
17 Mar. 2026	9872	REAL

m³ corregido= 9872 - 9853 * Factor de corrección = 15

Tu próxima lectura será Entre 14 y el 19 de Abril

Novedades de tu factura

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $82.580

Revisión Periódica Obligat

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Abr. 2029

La revisión de tu instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la normatividad vigente. Resoluciones CREG 067 de 2007 y 131 de 2020.

Agend su RPO

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2

Dic. $2571 Ene. $2544 Feb. $2551

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

Componentes tarifarios

Cm: 1336,54 Tm: 584,3 Dm: 600,93 Cm:
Pr: 64,87 Cuec: 0,0 Cuec: 4230,0 Cuc
Conc: 0,0 Fpcp: 42,475 DAUR: 0,0 DAUR

kpie? Tu consumo en m³ de gas equivale a 107 kWh y el precio unitario del kWh es $241,936

Factor de corrección

Vm: 19 Km: 0,78708 Kt: 1,00928 Pt:
Vc: 15 Tm: 14,02 Te: 15,56 Pc:
Pz: 0,752 Pm: 0,0254 Pgm: 1,0

Factor de corrección: 0,7721

Indicadores de calidad

IRSP: 100,0 DCI: 0,0 ID: 100,0 IPS:



(415)[illegible]9998026025(8020)64207705(3900)0000000068420

Emitido según la Resolución de Servicios Públicos Domiciliarios 20000 [illegible] VANTI S.A. ESP. NIT 900.067.813-1 [illegible] de la ley 142 de 1994.

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

NIT. 900959048 Call center: 2091480 opc. 8 Fecha Actual : viernes, 07 abril 2023

FORMULACION MEDICA INTRA-HOSPITALARIO

Paciente	EMELYS MILETH OLIVA FELIPE	Edad	14 Años / 0 Meses / 2 Días	Folio	2
Identificacion	1082408580	Telefono Movil	3044621490	No. Historia	1082408580
Centro- Atencion	USS OCCIDENTE DE KENNEDY	Telefono Fijo	4480030	Ingreso	8513396
Direccion	TV 74 F # 40 B 54 SUR			Fecha Ingreso	7/04/2023 7:52:16 p. m.
Entidad	RC_007_1 - EPS SALUD TOTAL CONTRIBUTIVO			Fecha prescripcion	07/04/2023 8:41 p. m.
No. Cama				Suministro Paciente	
Ubicacion Cama		Area de Servicio: KE10801 - CONSULTA URGENCIAS OCCIDENTE DE KENNEDY			

Plan de Beneficios: **RC_007_1 - EPS SALUD TOTAL CONTRIBUTIVO**

Diagnostico Principal : W544 - MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO: CALLES Y CARRETERAS

Formula: 0

Pediatría

MEDICAMENTOS POS

	Medicamento	Cantidad	Concentra.	Unidad	Via Admin.	Posologia	T.D.	Dura
MED1600	SUERO (INMUNOGLOBULINA ANTIRRABICA HUMANA SOLUCION INYECTABLE	(1) UNO	2 ML	MILILITRO	Intramuscular	20 ui /kg - peso 35 kilo total 700UI	☑	24 h
MED489	DICLOFENACO 75MG/3ML IV/IM SOLUCION INYECTABLE	(1) UNO	75 MG	mg.	Intramuscular	30 mg im ahora	☑	24 h
DM621	JERINGA DESECHABLE DE 3 PARTES 5 ML	(2) DOS		UNIDAD	Ninguno		☑	24 h

Total Items: 3

LISTADO DE DIAGNOSTICOS

CODIGO	DESCRIPCION	TIPO DIAGNOSTICO	PRINCIPAL	DE INGRESO	DE EGRESO
W544	MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO: CALLES Y CARRETERAS	Presuntivo	☑	☑	☑

DISPENSADO

706309

BARBOSA OSORIO REGULO
MEDICINA GENERAL
80742675

Maritza Avellaneda M
C.C. 52.075.017

Entregado Adriana Castaño

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 - 07 (Número de Historia clínica)

MICROCHIP: 900255003232823

FECHA: 31 marzo 26

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sarabi				COLOR: Blanco	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA Fresh Poodle	EDAD 1año	PESO: 9,4 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jenny Alexandra Ladino Salazar		DIRECCION: Cl 15 119a - 40	TELEFONO 3115684137
CEDULA: 52500117		CORREO ELECTRÓNICO: jennyladino1018@gmail.com	
BARRIO: Charco	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: NR
Nov 25	NR	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 138 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 38,2 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosada r

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
		/ mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	04 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	016 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 a realizar puntualmente los riesgos relacionados a 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	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	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.

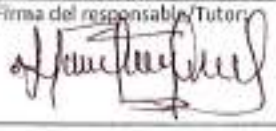
En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

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 mencionados.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	° 52'500.117 Btá

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.500.117

LADINO SALAZAR

JENNY ALEXANDRA





FECHA DE NACIMIENTO 22-AGO-1978
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.46 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

25-ENE-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500103-45161014-F-0052500617-20030311 0002500617 02 1099527...

¡Hola!

YOLANDA VEGA
CL 15 119A 40 T14 00014 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 8087104-28332

Lote: P18GN **Ruta:** 0011940061890005000 **Código del Sector:** 437

Cuenta o referencia de pago **61779565**

437
66053

vanti listo

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

C1

vanti listo

¡TU COMPRA EMPIEZA escaneando el QR!



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

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Factura de gas

Enero 2026

Cuenta o referencia de pago **61779565**

vant

Fechas importantes

1 Pago oportuno **10 Feb. 2026**

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

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

4 Emisión de tu factura **26 Ene. 2026**

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (U)	Valor unitario ($)	IVA (C)	Subtotal E=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	20MJ	2.891,74	0,00	57.834,80
MENOS SUBSIDIO -33%	1,0U	-18.781,32	0,00	-18.781,32
AJUSTE DECENA	1,0U	-0,48	0,00	-0,48

1.– Total **$39.230,00**

Tus financiaciones

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

2.– Total **$0,00**

3 – Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$39.230,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Empresa/Cod.Dos — Días de consumo 33

Fecha	Lectura	Tipo
20 Dic. 2025	3585	REAL
21 Ene. 2026	3711	REAL

m³ corregidos= 3711 - 3585 * Factor de corrección = 20

Tu próxima lectura será

Entre 18 y el 21 de Febrero

Novedades de tu factura

Otros $ 2545,20

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. 2026

Agenda yo mi RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas, en las fechas de: $2544.

Oct. $2748 Nov. $2742 Dic. $1571

Fijado y publicado por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

CU = 1338,36	Tm = 646,91	Dm = 484,91	Cm = 0,0
Pr = 64,32	Cam = 0,0	Dam = 0	Cam = 0,0
Cc = 0,0	Pcom = 42.475	subsidio = 0	Subsidio = 0,0

El m³ de consumo en el mes de gas en curso: 33

El valor promedio mensual del m³ es: $169,244

Factor de corrección

Vm = 20	Pcr = 0,774667	Pz = 1,066667	Tb = 0,77175		
Cc = 20	Pm = 13,66	Tm = 15,55	Pm = 1,07658		
Z = 0,781	Pm = 0,0234	F = 1,0			

Factor de corrección: 0,77175

Indicadores de calidad

PCS = 1148,0	DIFC = 0,0	IC = 100,0	IPC = 100,0	





(415)7709998010025(8020)61779565(3900)000000000039230

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 - 08 (Número de Historia Clínica)

MICROCHIP: 900255003232481

FECHA: 31 marzo 26

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: lucy				COLOR: Dorado Negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA Mestizo	EDAD 11 m	PESO: 20,0 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO ___ OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Teresa Hueltas Castañeda		DIRECCION: Kr 123 13c-85	TELEFONO 3115642100
CEDULA: 39698569		CORREO ELECTRÓNICO: malehxeca@gmail.com	
BARRIO: Charco II	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: NA
01 ene 26	NA	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLC:	MUCOSAS:
140 l/m	30 r/m	38,2 °c	2 seg	Rosada 3.

OBSERVACIONES: ____

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	4 ml.	1-3mg/kg IM
	KETAMINA	5 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	FEN (S.P.B.)	2 ml.	10.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.8 ml.	1mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ____

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	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 puedan evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X___ o **RECHAZO**_____**la 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:
	1.396.856

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/ DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
HUERTAS CASTAÑEDA
NUIP 39.698.561
MARÍA TERESA
COL
1.60
F
30 ABR 1963
AB+
SAN FRANCISCO (CUNDINAMARCA)
16 JUN 1981, BOGOTA D.C.
02 DIC 2034


0659153538
REGISTRADOR NACIONAL
ICCOL0659153861500 1<<<<<<<<<<
6304308F3412020COL39698561<<<0
HUERTAS<CASTANEDA<<MARIA<TERES

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 385221477-

enel

Nro. de cuenta o contrato
2782713-2

No. Medidor: 2867459

¡Hola!

PRADERA DE FONTIBON ET 4
KR 123 NO 13 C 85 MZ 3 CA 52
0
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO II

Fecha aproximada de suspensión: 10 MAR 2026

Tu próxima lectura: 10 MAR 2026

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

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 1 3 16 207 0078 Carga kW: 0,00 Estrato: 2
Clase de servicio: Residencial Subclase: Basica
1 3 16 347 7534

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

Canales de atención y Puntos de recaudo

316 890 9063
Línea de Asesores

Enel Colombia

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

Disponible las 24 horas

Zona privada de la página Web

Línea 115

@EnelClientesCO

App Enel Clientes Colombia

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

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

Avenida Boyacá # 6 B - 29

Línea 115

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 603 514 0000 opción 2 o a través de nuestra página web enel.com.co

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

APP banco
Correo 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

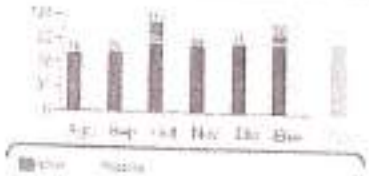
Nequi MOVII dale tpaga

Red distrital RED CADE

Canales de servicio enel

Corresponsales bancarios

CONCRED Efecty Red Multiservicios Baloto MOVIRED



0740.35

$40.708

592.790

$0

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato 11267108

Documento equivalente electrónico No. 395221477-6

Periodo de facturación 16.01.2026 a 16.02.2026

Días liquidados

Datos usuario

Tipo producto: Residencial

Unidades Ocupadas

Residencial 1 1

No Residenciales 0 0

Cortes para tarifas

Histórico de facturación

Toneladas por suscriptor

Estado de cuenta

Concepto Valor

$24.040

Mensajes de interés

Calidad del Servicio

Documento electrónico

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 - 09 (Número de Historia clínica) | MICROCHIP: 900255003232911 | FECHA: 31 mayo 26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Juliana | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 8 años | PESO: 24,0 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Fernando Jimenez Rocha | DIRECCION: Cr 123 13d 41 | TELEFONO: 3196738853

CEDULA: 72009944 | CORREO ELECTRÓNICO: milofer2605@gmail.com

BARRIO: Chorco 1 | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

HEXAVALENTE: dd/ene/26 | PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 132 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 38,2 °c | TLLC 2seg | MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: ~~~

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2,4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	48 ml	5-7mg/kg IV
		ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	23 ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	FEN (S.P.B.)	2.4 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,96 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ~~~

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

NOMBRE DEL MVZ ORDINARIO TARJETA PROFESIONAL: JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100 | FIRMA:

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

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Luis Jimenez Rocha	72.009944

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

NUMERO 72.009.944
JIMENEZ ROCHA

APELLIDOS
LUIS FERNANDO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-OCT-1979
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

06-NOV-1997 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-01116759-M-0072009944-20191211 0060252004A 1 9911006099

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

NAG
Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: S3 RUTA: S33714

BIMESTRAL

11767388	10455814714
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de

CONSTRUCTORA BOLIVAR CONSTRUCT

Dirección del predio

KR 123 13D 47 CA 242

Barrio: EL CHANCO I Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Periodo 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 05:38:31	FEB/05/2026 08:23:53

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca BERCONTA Tipo VELOCIDAD
Serie 08015B020925 Diámetro pulgadas ½

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena

24310 72499 35960

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 22m³



En este periodo consumiste más agua que en el anterior

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

En este período	Promedio al día
26.000	441

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	1945	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1919	Base promedio	
Tu consumo este periodo	26	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadores	

Datos de tu medidor

Marca	IBERCONTA	Tipo	VELOCIMÉ
Serie	0001500200[illegible]	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

Aprovechar el agua lluvia para regar tus jardines

Realizar el cargue del lavadora para lavar la ropa

Revisar que las tuberías de tu casa o negocio no tengan fugas o escapes

Tu cobro en este período

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros
$75.094,06	+	$72.863,76	+	$8.452-
A		B		C D E F

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

Total ingresos del período

= **Total a pagar** $139.507

Escanea y paga virtual

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

CUDC (Código Único de Consumo de Cliente con): [illegible]

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$5.795,63	-40	$7.837-	$5.877,37	$11.754,74
Consumo básico residencial hasta 20 (m³)	22,00	$3.682,57	-40	$32.407-	$1.209,54	$48.609,54
Consumo básico residencial suscriptor Básico (m³)	4,00	$3.682,57		$0	$3.682,57	$14.730,28
Cargo fijo residencial (mes)	-					
Consumo básico residencial (m³)	-					
Subtotal				$40.244-		$75.094,06

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.656,15	-40	$3.725-	$2.793,63	$5.587,10
Consumo básico residencial hasta 20 (m³)	22,00	$3.911,41	-40	$34.420-	$2.346,85	$51.603,02
Consumo básico residencial suscriptor Básico (m³)	4,00	$3.911,41		$0	$3.911,41	$15.645,64
Cargo fijo residencial (mes)	-					
Consumo básico residencial (m³)	-					
Subtotal				$38.145-		$72.863,76

* 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 y del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta en $; si hay un aporte, se agrega en %.

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y suprabásico (Ley 99 de 1993)

	Tasa fija (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$19,80	$66,34
Tarifa consumo suprabásico a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$418	$1.418

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Reajuste a la decena	$1
Otros mín. vital total	$28.599
Intereses de mora	$180
Subtotal	28.334-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Deuda anterior	$17.902
Subtotal	$17.902

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Pagos presenciales en corresponsales bancarios autorizados

Red CADE: La CAME ESP no cobra comisión por los siguientes bancos: Popular, Occidente, Davivienda, Bancolombia, Itaú, Colpatria, AV Villas, Bogotá, Sacramento y City

Acueducto y Alcantarillado
Total a pagar
$139.507

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN ELECTRÓNICO FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor cajero: Este documento no tiene validez para cancelar este recibo de información, valor solo informativo. Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no está habilitado para ser cancelado en corresponsal bancario.

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS. ÚNICO DE REGISTRO E INFORMACIÓN: 12.1.e.8 ESP

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- 10 Número de Historia Clínica	MICROCHIP: 900255003232498	FECHA: 31 marzo 26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Coral				COLOR: Calico	
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 18m	PESO: 3,3 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO ✓	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO ✓			TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO CONCENTRADO X MIXTO OTRO	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jennifer loper loper		DIRECCION: Calle 15 119a 60	TELEFONO 3213468447
CEDULA: 1024547190		CORREO ELECTRÓNICO: jenyvalentz10@gmail.com	
BARRIO: Charco 1	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 136 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 38.3°c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas	

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,7 ml	5-7mg/kg IV
		ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,2 ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Dueño/a o Acudiente), 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	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o 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:
* Deisy Lopez	* 1024047140

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:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

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


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.024.547.140
LOPEZ LOPEZ
JENNIFER
COL
F
22 NOV 1993
SAMANA (CALDAS)
19 DIC 2011, BOGOTA D.C.
17 JUL 2033
Jenifer lopez lopez


026069779
ICCOL026069779815001<<<<<<<<<<
9311228F3307179COL1024547140<3
LOPEZ<LOPEZ<<JENNIFER<<<<<<<<<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 388722132-7

enel Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2531450-5**

No. Medidor: **927857**

¡Hola!

CANAAN DE COLOMBIA
CL 15 NO 119 A 60 TO 28 AP 403
ESTANCIA SALAZAR I ET II TO 28
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO I

Pago oportuno
07 ABR /2026

Fecha de suspensión
09 ABR/2026

Tu próxima lectura
17 ABR /2026

Periodo Facturado:
Del 19 FEB/2026
al 19 MAR/2026
28 días

¡Esta mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y CONSUMO

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 3 16 304 0210 | Carga kW: 8,00 | Estrato: 2

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 16 303 1340

Consejos para el uso eficiente de tu energía

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

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Contáctanos | Puntos de atención Enel

316 890 6000 (Elena Bot o Asesor)
Enel Colombia
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
Disponible las 24 horas
600 5615 115
@EnelClientesCO
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

Operador de aseo
Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 110

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

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 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 (únicamente Chic Chicken y Facatativá)

Corresponsales bancarios: CONRED · efácil · Reval · MOVIRED

LA TARJETA DE LA CIUDAD



En la compra qu siempre quisist

¡DISFRUTA EL BENEFICIO TU PRIMERA COMPRA

ES MUY FÁCIL

al 15 de marzo de 20

15 de marzo de 20

Tarifaza de $1

compra ti mismo

Escanea este QR para conocer el punto más cercano

Con
LA TARJETA CIUDAD

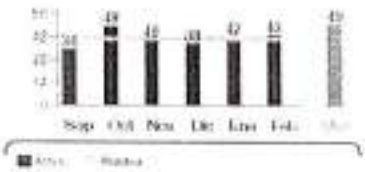


Y CAMBIAS ABRIR LA PUERTA
N MUNDO DE BENEFICIOS

CON EL CLUB
CRÉDITO FÁCIL COOPENSA
ECIBES
30% Reintegro
POR COMPRAS EN:
RESTAURANTES,
ESTACIONES DE SERVICIO
CINES.
MONTO MÁXIMO
DE DEVOLUCIÓN POR
TRANSACCIÓN:
$20.000
Escanea este QR e
Inscríbete GRATIS
kiire

Total energía $24.100 + Total aseo $24.120 = Total a pagar $48.220

Comportamiento consumo



Detalle de cobro

	42 kWh
	41 kWh
	$834,12
	1,08 kWh
	$0,0

Cargo por consumo

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 +

$332,99	$50,62	$269,65	$76,00	$67,33

Restricciones + Costo Fijo = $834,12

$10,26	$0,01	Costo kWh Mes Vigencia: FEB 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 $801 diarios

	29.960	29.960	0	1	30	30	$801,87	$24.102
	0	0	0	0	0	0	$0,00	$0

Cmd. a subsist. 130,00 kWh $ Valor kWh $834,1117 $ Subsidio -41,24 %

$24.102

Otros cobros asociados a energía

SUBTOTAL: $0

1 TOTAL ENERGÍA $24.100

Otros cobros de conexiones y reconexiones

2 TOTAL OTROS $0

Si en la factura de [illegible] 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 promedio en el pago oportuno el valor por concepto de reconexión es hasta de $103.803.

Informamos que de no recibir el pago de sus siguientes Cuentas Pago COOPENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO será cobrado en esta, ello lo que se [illegible] reporte negativo a las bases de información Financiera y Cada [illegible] Cálculo de los intereses [illegible] 15 días a la fecha [illegible] de 2026.

ASEO CIUDAD LIMPIA ESCOBA Y ASEO S.A. E.S.P.

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato 11577916

Documento equivalente electrónico No. 386722132-7

Periodo de facturación 19.02.2026 a 18.03.2026

Días liquidados

Datos usuario

Volumen	0,1264	ESFAO	2
Densidad	0,19	FREC. Recolección	3
% Recolección	100%	FREC. Barrido	3

Tipo prestador: Multiusuario Persona Jur.

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No Residenciales	0	0

Costos para tarifas

$30.927,70 $1.091,90 $157.722,12

Histórico de facturación



Conceptos por suscriptor

Barrido	0,0004515
Limpieza urbana	0,0006611
Residuos con aprovechamiento	0,0008113
Residuos no aprovechables	0,0021987
Residuos no aprovechables	$80
Aforo no aprovechables	$80

Estado de cuenta

Concepto	Valor
Aseo	$24.120

Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL 24.120,00

Calidad del Servicio

Duración Interrupciones (HORAS)		Frecuencia de las Interrupciones (veces)	
DUG: 1.157	Grupo: 11	FUG: 13.00	DT: 25.14
DUL: 4.79	HCU: 0.00	FUL: 4.00	CP: 12.0000
DUPL: 0.00	VCU: 0.00	FUPL: 0.00	MC: 0.00
TNE: 0.00	CNE: 0.00	FVC: 0.00	MP: 0.00
			Tarifa:
CD: 714527701		PERIODO: 2026.02	

Documento electrónico

Para pagos y consultas tu número de cliente es: 2531450-5

Fecha Oportuna 27 ABR 2026

Total a pagar $48.220

FECHA GENERACIÓN 20/02/2026 16:14:32

FECHA EXPEDICIÓN 25/02/2026 11:52:39

(415)7707209014250802(8020)2531450(3900)48220(3271)0900(96)20260225

Use este código para pagos en canales presenciales

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	MICROCHIP:	FECHA:
HC - 11 (Número de Historia clínica)	900255003232545	31 marzo 26

ORIGEN: CES _____ PROTECCIONISTA _____ COMUNIDAD X CALLE _____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Honey Quintero				COLOR: Dorado	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: Mestizo	EDAD: 8m	PESO: 14,6 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Monroy leon Claudia Marcela	DIRECCION: Kr 123 17F - 16		TELEFONO: 3223216928
CEDULA: 35355601	CORREO ELECTRÓNICO: marcelionlu@gmail.com		
BARRIO: Jenco	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: tecnologo	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___
NA	Dic/25	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaa VENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: 10/12/25
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaa LEUCEMIA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS AUSENCIA O AUSENCIA: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 138 l/m	F. RESPIRATORIA: 26 o/m	TEMPERATURA: 38,2°c	TLLC 2seg	MUCOSAS: Rosada S.

OBSERVACIONES: _____

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.5 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	3.2 mL	5-7mg/kg IV
		___ mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	05 mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.5 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	06 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: _____

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento con 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	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	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 contraprestación 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:
Claudia Monroy	35 355 601

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
35.355.601
NUMERO

MONROY LEON
APELLIDOS

CLAUDIA MARCELA
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 26-ABR-1985
FACATATIVA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-ABR-2003 MADRID
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

P-1516000-39125105-F-0035355801-20041202 0014784336N 02 139813514

FACTURA EN LÍNEA

Active el código QR, inscríbase en el Portal Web y empiece a recibir por correo electrónico su factura.



Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Sodexo · Bancolombia · BBVA · Nequi · daviplata

Sodexo PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de este y varios servicios cómodamente en este sitio transaccional

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco Agrario
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval
Corresponsales Banco Caja Social
Red Gilex
Banco GNB Sudameris
Citypaies Supercades
Almacenes Juanchito

*Si consultas con Chatbot, este deberá ser de propiedad y/o operado por 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 9 9 052 01 8000 111 164

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

¡Hola!

CLAUDIA MONROY
KR 123 17F 16 01 - JERICO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120210003767482

Lote: P05GN Ruta: 001184003570005080 Código del Sector: 328

Cuenta o referencia de pago **63619013**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti



Compra todo lo que quieras en nuestras tiendas aliadas,

$8 MILLONES

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

Exito · Electronix · Alkosto

Radicado: VANTI
CLAUDIA MONROY
KR 123 17F 16 01
BOGOTA
-16713

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 784
Bogotá (601) 307 9121
Bucaramanga (607) 645 4765

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 418 4164
Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

Recordamos puedes elegir la opción de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

C1

ebrero 2026

3619013

vantiV

Más formas de avanzar

CONSIGNACIONES BANCARIAS
DAVIBANK
Pendiente de ser cobrado por esta
Entidad
Pago de Factura Davibank

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	2026-02-24
Hora	11:31:59
Punto de Venta	229619
Número de Aprobación (NA)	618812
Tipo de Transacción	Recaudo
Transacción Multicanal	1355285868
Código del Convenio	10966
Nombre del Convenio	VANTI SAS NATURAL DE BOGOTA - 0353
Referencia del Pago	3619013
Valor Pago	$337,670

Línea de atención especializada en Bogotá:
601 3667381
Aquí también puede pagar su factura en

3 — Periodo facturado Ene. - Feb. 2026

4 — Emisión de tu factura 10 Feb. 2026

Cantidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
79M3	2.551,41	0,00	201.961,39
1UN	4.186,00	0,00	4.186,00
1UN	-4,34	0,00	-4,34
0	11.410,00	0,00	11.410,00
1UN	68.845,49	0,00	68.845,49

1 — Total $285.998,54

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.78 % Tecnología Vanti	3/60	51.671,46	68.845,49	51.671,46

2 — Total $51.671,46

3 — Valor facturas vencidas

$0,00

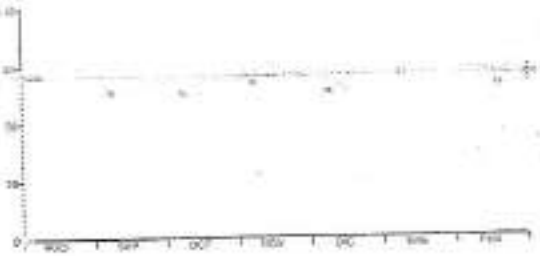
Total a pagar 1 + 2 + 3

$337.670,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
07 Ene. 2026	4471	REAL
06 Feb. 2026	4573	REAL

m³ corregido= 4573 - 4471 * Factor de corrección = 79

Tu próxima lectura será

Entre 03 y el 06 de Marzo

Novedades de tu factura

Estimado cliente recuerde que tiene antes Feb/2026 y el 31/07/2026 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/08/2026 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 026/2013)

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $82.580

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Jul. 2026

Agendo ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Cm: 1269.37 Tm: 680.61 Dm: 680.61 Dm: 9551.41
Cc: 84.61 Dm: 0.0 Cdm: 6380.0 Cdm: 9551.41
Ccv: 0.0 Tarifa: 42.408 DMCV: 0.0 DMDM: 0.0

$10/1 Tu consumo de m³ es 105 m³/día. Sin subsidio y el precio unitario del kWh es $200.065

Factor de corrección

Vm: 102 Kz: 0.76638 Kt: 1.00000 Pc: 0.77185
Vc: 79 Tm: 13.7 Tc: 15.51 Pc: 1.01504
Pz: 0.758 Pm: 0.003 Pt: 1.0
Factor de corrección: 0.77185

Indicadores de calidad

DIST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPR: 100.0





(415)7709998026025(8020)03819013(3900)000000000337670

74270

C1

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 - 12 (Número de Historia Clínica) | MICROCHIP: 900255003232552 | FECHA: 31 marzo 26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Amira				COLOR: Dorada	
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 2 años	PESO: 7,0 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO CONCENTRADO MIXTO X OTRO			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carla Samantha Chemeff Gomez		DIRECCION: Calle 146 116-70	TELEFONO 3232242663
CEDULA: 1649216		CORREO ELECTRÓNICO: Carlasamanta12@gmail.com	
BARRIO: El Charco	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Licenciada	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: marzo/26	ULT. ESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NA	ULT. VACUNACION: NS/NR: NR	
		CANINOS: PARVOVIRUS: dd/mm/aaaa	TRIPLE: dd/mm/aaaa
		HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa	PARAINFLUENZA Y BURDETELLA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: mm/aaaa	LEUCEMIA: dd/mm/aaaa

PANTAVALENTE: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 38,7°c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: rosadas.	

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,7 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,6 mL	5-7mg/kg IV
		mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (5 P.B.)	0,7 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,28 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de [Cirujano y/o Anestesiólogo], suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especialmente 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	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	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, 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 de servicio por cualquier tipo de daño que pueda surgir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	1649216

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL
MIGRACIÓN
No. 5649216
COL
CHERNEFF GOMEZ
CARLA SAMANTHA
VEN
F
23640317
17-12-1993
02-07-2022 BOGOTA D.C.
30-05-2031
VISIBLES


P2029431
El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la ubicación o información migratoria
MIGRACIÓN
www.migracioncolombia.gov.co
IPCOL5649216<<9<<<<<<<<<<<<<<<
9312177F3105308VENE2029431<<<3
CHERNEFF<GOMEZ<<CARLA<SAMANTHA

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE



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

AGENDA YA LA REVISIÓN PERIÓDICA OBLIGATORIA DEL GAS CON NUESTROS EXPERTOS VANTI

y financiala a través de tu factura de gas.

Revisa la fecha de tu RPO en tu factura de gas.
Agenda a tiempo en grupovanti.com o con cualquier OIA independiente y evita suspensiones.

vanti

Agéndate

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 vine o varios cuentas cobrada en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban, Baloto, Bancolombia, BBVA, Scotiabank Colpatria, Banco AV Villas, Banco GNB Sudameris, Bancolombia, Banco Falabella, Banco Pichincha, Banco Caja Social, Nequi, Davivienda, 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, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

Reduce 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

Se te suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna o de artefactos del consumo. Cuya operación pueda presentar un riesgo de explosión, pues la empresa y contratante de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los 15 días hábiles siguientes al conocimiento del hecho de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el usuario cuenta con los mecanismos de defensa en la Ley 142 de 1994 y puede hacer uso entre de la factura señalando el pago oportuno.

CANALES SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.095.813-8 3340270100 (VANTI)

¡Hola!

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

JOSE FERNANDO CHIVATA
CL 148 116 70 IBF I20 01 0004C - CHARCO
BOGOTA

Medidor Gas No. 5077103-327228

Lote: P16GN Ruta: 0011840142311005200 Código del Sector: 437

Cuenta o referencia de pago 61611705

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



vanti Listo

Continúa construyendo la casa que soñaste

Compra lo que necesitas para adecuar y amoblar tus espacios con tu cupo de crédito Vanti Listo hasta de $20.000.000

Paga hasta en 84 cuotas a través de tu factura de gas natural

TECHRED, ALFA

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

437
P16GN
0011840142311005200

Factura de gas Marzo 2026

Cuenta o referencia de pago 61611705

CUENTA EN MORA

NIT 860.007.813-8
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno PAGO INMEDIATO	Fecha de suspensión INMEDIATO	Periodo facturado Feb. - Mar. 2026	Emisión de tu factura 25 Mar. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	14MS	2.930,82	0,00	41.028,68
MENOS SUBSIDIO (46%)	1UN	-18.922,43	0,00	-18.922,43
AJUSTE DECENA	1UN	3,75	0,00	3,75

1 – Total **$22.110,00**

Tus financiaciones

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

2 – Total **$0,00**

3 – Valor facturas vencidas

$168.989,82

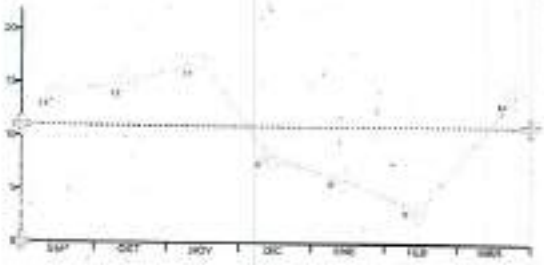
Total a pagar 1 + 2 + 3

$191.099,82

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat.Uno Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
19 Feb. 2026	3597	REAL
19 Mar. 2026	3615	REAL

m³ corregido= 3615 - 3597 * Factor de corrección = 14

Tu próxima lectura será Entre 16 y el 23 de Abril

Novedades de tu factura

CuVa $ 2564,08
La Revisión Periódica se encuentra vencida.

Después de la fecha de pago oportuno, se cobraron intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $82.580

(415)7709998026025(8020)61611705(3900)0000000191100

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ene. 2024

La revisión de la instalación interna es la responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41386 de 2017

Agenda en tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2567.

Dic. $2571 Ene. $2544 Feb. $2551

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

Componentes tarifarios

Gm: 1336.54 Tm: 564.5 Dm: 666.88 Cm: 0.0
pR: 64.87 Cam: 0.0 Cdis: 0.0 Cven: 0.0
Com: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUMR: 0.0

MJ/m³Tu consumo en m³ de gas equivale: 105 kWh y el precio unitario del kWh es $133,877

Factor de corrección

Ven: 18 Kb: 0.76788 Rt: 1.00522 Pt: 0.77187
Vo: 14 Tm: 14.06 Tc: 15.56 Pc: 1.01008
Pc: 0.752 Pm: 0.6234 P (psi): 1.5

Factor de corrección: 0.77187

Indicadores de calidad

INT: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPR: 100.0





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 - 13 (Número de Historia clínica) | MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003232834 | FECHA: 31 marzo 2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: canela | COLOR: amarillo / Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 8 M | PESO: 7.52 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Cristina Baron Mateus | DIRECCION: KR 123 13C 85 | TELEFONO: 3002995023

CEDULA: 52803941 | CORREO ELECTRÓNICO: mariacristinabaron73@gmail.com.

BARRIO: El Chamo II | ESTRATO: 0 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/R | ULT. ESPARASITACION: dd/mm/aaaa enero/26 | ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa QUINTAVALENTE: 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 oct/25

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 FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 138 l/m | F. RESPIRATORIA: 26 r/m | TEMPERATURA: 38.2 °c | TLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosados.

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: ___

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscrito 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	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	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:
MC Bu	1.828.039.941

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.863.941
BARON MATEUS

APELLIDOS

MARIA CRISTINA

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-1981
GUADALUPE
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-OCT-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

enel Bogotá

2795365-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 381851428-8

PRADERA DE FONTIBON ET 4
KR 123 NO 13 C 85 CA 391
0
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO II

16 347 7648 / 425029

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CAPACIDAD:	4.55
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1003163477646
RUTA LECTURA:	1003670911
MANZANA DE LECTURA:	MAN0640042
MEDIDOR NO:	425029
SUBCLASE:	Banca

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca
601 6 115 115

115 Bomberos

PUNTOS DE ATENCIÓN AGEO

Línea de servicio al cliente 115

Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en: www.enelcolombia.com/ecos-sesion "Comparto mi energía"
Aporte sugerido: $16.679

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 01:04:40
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2026 11:16:11

$166.750 + $0 + $22.010 = $188.760

03 FEB /2026

05 FEB /2026

ENERGÍA | 2795365-6 | 16 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $166.753

Ajustes a la decena

SUBTOTAL: $-3 $-3

$166.750

$0

ASEO | CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P | 3 | 830048122-9

NÚMERO MÁS CUALQUIER COMBINACIÓN

CUENTA CONTRATO: 11767507

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.: 381661423-5

CÓD. SUSCRIPTOR: 31

PERIODO DE FACTURACIÓN: 16.12.2025 a 16.01.2026

	2022	2023	2024	2025	2026
Ene	19552	20177	20770	20963	20891
Ago					20110
Sep					
Oct					
Nov					
Dic					

DATOS DEL USUARIO

Tipo de Predio/Clase: Residencial

Volumen (m3):	Estrato: 3
Densidad:	Rec. Recolección: 3
% Participación: 0%	Rec. Barrido: 4

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTO FIJO TOTAL: $20.339,29

COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE: $6.883,01

VALOR FACTOR APROVECHABLE: $137.722,57

BARRIDO	0.0025874
LIMPIEZA URBANA	0.0004891
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO	0.0000113
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS	0.0012324
RESTOS NO APROVECHADOS	0.02
AGUA NO APROVECHABLE	0.06

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$36.680
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-14.670
ASEO - AJUSTE A LA DECENA ($1C)	$-1

$22.010

APORTE NO RESIDENCIAL: 0%

APORTE RESIDENCIAL: 0%

SUBSIDIO: -40%

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $0.010.00

NÚMERO DE CLIENTE
2795365-6

Documento Equivalente Electrónico No.
381661425-5

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

TOTAL A PAGAR
$188.760

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

Expiry-Date:2030/09/02
900255003232917

HISTORIA CLÍNICA: HC - 14 (Número de Historia clínica) | MICROCHIP: | FECHA: 31-03-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Miel | COLOR: amarillo / Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Pomerania | EDAD: 2A | 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 ___ MIXTO X ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angie Lorena Jimenez Peña | DIRECCION: CL 22J BIS 12A 11 | TELEFONO: 3124607457

CEDULA: 1016094026 | CORREO ELECTRÓNICO: angie.lorena.jimenez@gmail.com

BARRIO: Brisas | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Feb/26 | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaa: Feb/26

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa ___ TRIPLE: dd/mm/aaaa Dic/26. ___ PARAVALENTE: 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 FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
140 l/m	38 r/m	38.7 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml	5-2mg/kg IV
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 sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	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 este asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Tipo de Identificación: 1016099026

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 1.016.094.026

JIMENEZ PEÑA

APELLIDOS

ANGIE LORENA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-ABR-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-90844823-F-1016094026-20150824 90697129205A 1 1113977032

enel | Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2690302-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 381672000-0

41276

CLIENTE

PEDRO EMILIO JIMENEZ SASTRE
CL 22 J BIS NO 122 A 11 PI 3
SELVA DORADA FONTIBON
BOGOTA, D.C. - BRISAS ALDEA-FONTIBON

16 315 9725 / 2823985

¿Prefieres la factura virtual? Escríbenos al correo

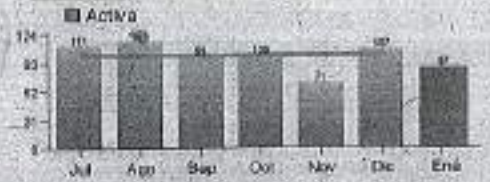
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $766,09

CONSUMO DIARIO: 2,72 kWh

VALOR DIARIO: $ 2.1[illegible]

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 87 kWh

¡Este mes tuviste acceso a LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía permanente cambio de batería!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,90
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10803163159723
RUTA LECTURA:	13103153883
MANZANA DE LECTURA:	M308861480
MEDIDOR NO:	0023985
SUBCLASE:	Diaria

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Revisa tus cables regularmente. Mantenerlos en buen estado es una forma sencilla de asegurar un entorno más fuerte y libre de riesgos.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Reclamos gratis

Línea gratuita desde página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Cabecera y Centros poblados 601 5 115 115

115 Desde celulares de 24 horas

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Digital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMEDIOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. — TV 4 No. 3-14 Sur

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 6-5 - 20

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

Línea de servicio al cliente 115

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del cobro: Vigencia: 01/2026

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 01:04:57
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2026 12:00:10

Proceso Tecnológico Servicio Facturación y Recaudo SAS ESP - Número de Con.Prestación: NIT 900.351.701-9

E221 - Página 1 de 4

No. Cuenta 2690302-0 41276

1 Total Energía $42.180 + 2 Portafolio Enel X $0 + 3 Total Otros $22.010 = 4 Total a Pagar $64.190

PAGO OPORTUNO 03 FEB /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN 05 FEB/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 2690302-0

FECHA LÍMITE DE PAGO 18 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real — **Situación encontrada: Normal**

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lectura	×	Factor	=	Energía Consumida (kWh)	Energía Reactiva (kWh)	×	Valor kWh	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	22.580		22.273		307		1		307	97		$ 95,09		$ 92.783
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$ 95,09		$0
SUBSIDIO		Consumo a subsidiar 1.000 kWh		X	Valor kWh $ 95,0900		X	Subsidio 50,24 %						$ 94.126

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $1.338 DIARIOS. — **SUBTOTAL: $42.183**

Otros cobros aportes y deuda

Ajustes a la decena — $-3

SUBTOTAL: $-3

Consumos + Otros cobros facturados a corte — 1 TOTAL ENERGÍA $42.180

Otros cobros de productos y servicios

enel X

Te invitamos a conocer el detal de los productos y servicios a través de la APP, la Sucursal Online en la página web o también de la FACTURA VIRTUAL desde www.enelx.com/co en la sección Personas.

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

Tus no 3 pres 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 tu alcance y CU ACUERDO con no medios publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.283.

Recuerda que de no realizar el pago de tus siguientes Cobros Fijos ANTES de la fecha de PAGO OPORTUNO, dicho concepto se verá, ante la cual la misma reporte negativo a las bases de información Financiera y cobra por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (1 – 130 kWh/mes) es de 50,24 %.

ASEO

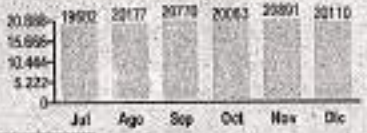
Ciudad Limpia

PRESTADOR: CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P — NIT: 3 — NIC: 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

		DÍAS LIQUIDADOS
CUENTA CONTRATO	70202962	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	381672060-0	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.12.2025 a 18.01.2026	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$36.690
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-14.676
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREC	$-4

MESES EN MORA: 0 — 3 TOTAL ASEO $22.010

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

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 6.30000 — ESTRATO: 2

DENSIDAD: — PERC. RECOLECCIÓN: 1

% PARTICIPACIÓN: 0% — PERC. BARRIDO: 5

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS PRESTACIÓN

COSTO PUS TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$20.338,29	$6.863,51	$157.722,57

TARIFAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO:	0.00256516
LIMPIEZA URBANA:	0.00388011
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001113
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.09123334
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
APOBO NO APROVECHABLE	0.00

MENSAJES DE SERVICIOS

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 22.010,00

NÚMERO DE CLIENTE 2690302-0

Documento Equivalente Electrónico No. 381672060-0

(415)7707209914253(8020)012000320338187(3900)0000000084190

PAGO OPORTUNO 03 FEB /2026

TOTAL A PAGAR $64.190

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.: 15 (Número de Historia clínica) | MICROCHIP: 900255003232259 | FECHA: 31/03/26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Canela | COLOR: Cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO | SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA: Mestizo | EDAD: 7M | PESO: 15. KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X

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

ORIGEN: NS/NR RESCATADO COMPRADO ADOPTADO REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO: Nacido en casa.

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jeidy Giceth Ortiz Mann | DIRECCION: KR 123 13C 85 | TELEFONO: 3112941138.

CEDULA: 1023943721 | CORREO ELECTRÓNICO: leidyortiz11@hotmail.com

BARRIO: Charco II | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NR. | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa NA

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa | PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa | PARAINFLUENZA | 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 PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA: 138 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °C | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.5 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	3 ml	5-7mg/kg IV
		2 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2 ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	7.5 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.6 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 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	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	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 no hay derecho a contraindicación 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:
Leidy Catalina Martin	1023945771

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 **1.023.943.721**
ORTIZ MARIN
APELLIDOS
LEIDY GICETH
NOMBRES

leidy OrtizMarin
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **02-JUL-1995**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
18-JUL-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO





DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 305219746-4

enel | Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2792070-0**

No. Medidor: **3973**

¡Hola!

PRADERA DE FONTIBON ET 4
KR 123 NO 13 C 85 CA 156
0
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO II

PAPEL ECOLÓGICO

Pago oportuno
09 MAR 2026

Fecha de suspensión
05 MAR 2026

Tu próxima lectura
19 MAR 2026

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

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

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 3 16 307 3006 | Carga kW: 6,00 | Cabalzo: 2

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 16 347 7433 @

Consejos para el uso eficiente de tu energía

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

Consejos para el uso seguro de tu energía

Aléjate siempre de cables sueltos, arrastrados o de chapas.

Contáctanos | Puntos de atención Enel



- 316 890 0005 (Elena Bot o Asesor)
- 601 8125 115
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO
- www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html

Emergencias 115 Operador Claro. Gratuito las 24 horas.
Reportes gratis. Zona privada de la página Web.
App Enel Clientes Colombia

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

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

Operador de aseo

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

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

Repórtalo de forma anónima al **601 514 0000**, opción 2 o a través de nuestra página web **enel.com.co**



¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

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

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

Nequi MOVii dale!

Red distrital RED CADE

Centro de servicio enel Únicamente Chía, Girardot y Facatativá

Corresponsales bancarios

CONRED efecty MOVIRED

64650
13412 - Página 1 de 2

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:

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

Comprar tu primera canasta hasta el 15 de marzo de 2026.

Pagar mínimo tu compra a meses.

Tu descuento 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 $30.630 + $24.640 =

Comportamiento consumo

Ago Sep Oct Nov Dic Ene Feb

Estado de cuenta

Subsidios

Cálculo consumo de energía

Otros cobros facturados anteriormente

Otros cobros de productos y servicios

Total energía $30.630

$0

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ABSO - SERVICIO RESIDENCIAL	$41.976
ABSO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-19.430
ABSO - AJUSTE A LA DECENA CREC	$-6

$24.640

Numero para cualquier consulta

Cuenta contrato 11767302

Documento equivalente electrónico No. 3952107464

Periodo de facturación 19.01.2026 a 18.02.2026

Días liquidados

Datos usuario

Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $24.640,00

Tipo predomin: Residencial

Unidades	Ocupados	Desocupados
Residenciales	1	0
No Residenciales	0	3

Calidad del Servicio

Duración interrupciones (horas)

Frecuencia interrupciones (Veces)

Pagos y consultas a través de canales en

2792070-0

Fecha límite de pago

$55.270

Documento electrónico

Use este código para pagos en canales presenciales

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 - 16 Número de Historia Clínica	MICROCHIP: 900255003232247	FECHA: 31/03/26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Niña				COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 7m	PESO: 15,7 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X			TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO CONCENTRADO X MIXTO OTRO	

ORIGEN: NS/NR RESCATADO COMPRADO ADOPTADO REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO Nacido en casa.

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leidy Liceth Ortiz Marin		DIRECCION: KR 123 13C 85	TELEFONO 3112941138
CEDULA: 1023943721		CORREO ELECTRÓNICO: leidyortiz11@hotmail.com	
BARRIO: Charco II	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 136 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 38.1°c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.	

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.5 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	3 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.5 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.6 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	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 pre-quirúrgicos 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 bajo 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:	No. de Identificación:
· leidy ortiz darin	· 1023943721

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 **1.023.943.721**
ORTIZ MARIN

APELLIDOS
LEIDY GICETH

NOMBRES

leidy OrtizMarin

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **02-JUL-1995**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-JUL-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 3952107464

enel bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2792070-0**

No. Medidor: **3973**

¡Hola!

PRADERA DE FONTIBON ET 4
KR 123 NO 13 C 85 CA 156
0
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO II

Pago oportuno
03 MAR/2026

Fecha de suspensión
05 MAR/2026

Tu próxima lectura
19 MAR/2026

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

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

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 3 15 307 0686 Carga kW: 0,80 Estrato: 2

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 16 047 7433

Consejos para el uso eficiente de tu energía

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

Consejos para el uso seguro de tu energía

Adopta buenas prácticas de cables sueltos, enredados o de chapas

Contáctanos | Puntos de atención Enel



310 880 8003
Línea Bot o Asesor

601 5115 115

Enel Colombia

@EnelClientesCO

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

Emergencias 115
Operador Digital
Disponible las 24 horas.

Registro gratis
Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

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

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

Operador de aseo

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ 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! | tpaga

Red distrital
RED CADE

Centro de servicio enel

Corresponsales bancarios

CONRED | efecty | 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.



64650 Nº Cuenta 2792070-0 64650 19 812 - Página 1 de 2
64650 19 812 - Página 1 de 2

Con
LA TARJETA DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA

RECIBE UN
20%
DE DESCUENTO EN TU PRIMERA COMPRA

Es muy fácil, solo debes:

Escanea y el 15 de marzo de 2026

15 de marzo de 2026

compra 6 meses

$100.000 bolsa de ENEL

¡Solicítala ya en los principales almacenes de cadena!

Escanea este QR para más información.

$30.630

Componentes del cobro

Estado de cuenta

Costo de la energía

Este mes la energía que disfrutaste, te costó $1.056 diarios

Otros cobros asociados a energía

Otros cobros de otros bienes y servicios

$30.630

$0

Aseo CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P

Ciudad Limpia

Número para cualquier consulto

Cuenta contrato 11767202

Documento equivalente electrónico No. 3852107454

Periodo de facturación 19.01.2026 a 18.02.2026

Días liquidados 31

Datos usuario

Costos para tarifas

Histórico de facturación

Toneladas por suscriptor

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	
ASEO - SUBSIDIO DE BOGOTÁ	
ASEO - AJUSTE A LA DECENA 2025	

$24.840

Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL $4.541.05

Tipo prestación: Residencial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No Residenciales	0	0

Calidad del Servicio

Documento electrónico

Para pagos y consultas tu número de cliente es: 2792070-0

Fecha Oportuna en Bancos

Total a pagar $55.270

Usa este código para pagos en cajeros proveedores

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	MICROCHIP:	FECHA:
HC - 17 (Número de Historia clínica)	900255003232555	31/03/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Freya			COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA Mestizo	EDAD 6M	PESO: 12,1 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO CONCENTRADO X MIXTO OTRO			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Elvia Rodriguez Martinez		DIRECCION: Cl 14B 119A 17	TELEFONO 3194003307
CEDULA: 35375296		CORREO ELECTRÓNICO: elroma.64@gmail.com	
BARRIO: Charco 1	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR:
NR.	Feb/26	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PLENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: 09/03/2026
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
140 l/m	30 r/m	38,7 °c	2 seg	Rosada P.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,2 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2,4 ml	5-7mg/kg IV
		ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 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 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	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	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 ha sido informado, 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, la cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda surgir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Elvia Rodriguez Martinez	35375296

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 castracion) 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 **35375296**

RODRIGUEZ MARTINEZ
APELLIDOS

ELVIA
NOMBRES

Elvia Rodriguez
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **05-MAR-1964**

EL COLEGIO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-MAY-1983 EL COLEGIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

A-1500109-45066842-F-0035375296-20010723 **01670** 01191A 01 096960032

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 38819810-2

enel

Para pagos y consultas 2595897-5

No. Medidor: **1016604**

38266

38266

¡Hola!

SOCIEDAD CONSTRUCTORA BOGOTA S A
CL 14 B NO 119 A 17 BQ 10 AP 104
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO I

PAPEL ECOLÓGICO

Pago oportuno
07 ABR 2026

Fecha de suspensión
09 ABR 2026

Tu próxima lectura
17 ABR 2026

Periodo Facturado:
Del 19 FEB/2026 al 19 MAR/2026
30 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 16 305 2361 | Carga Mt: 0.00 | Estrato: 2

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 16 303 3518

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



- 306 350 6000 (Elena Bot o Asesor)
- 601 5115 115
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO
- www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
- Emergencias 115 Operador Chat: Gratuito las 24 horas
- Regístrate gratis: Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

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

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

Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 195

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

Ir a Zona

Como 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! tpagos

Red distrital RED CADE

Centro de servicio enel
Únicamente Chía, Girardot y Fusagasugá

Corresponsales bancarios

CONRED efácil Reval efecty MOVIRED



En la compra que siempre quisiste.

DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA!

ES MUY FÁCIL

Solicítala entre el 1 de febrero y el 15 de marzo de 2026.

Realiza tu primera compra antes del 15 de marzo de 2026.

Te descuentan hasta $500.000 en la siguiente factura de ENEL.

Pagos en hasta 6 meses.

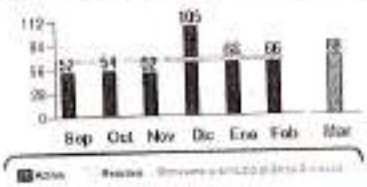
Escanea este QR para conocer el punto más cercano

Con
LA BANDERA DE CODENSA

TUS COMPRAS ABREN LA PUERTA
A UN MUNDO DE BENEFICIOS
CON EL CLUB
CRÉDITO FÁCIL CODENSA
RECIBES
20% DE DESCUENTO
POR COMPRAS EN:
RESTAURANTES,
ESTACIONES DE SERVICIO
Y CINES.
PUNTO MÁXIMO DE DEVOLUCIÓN POR TRANSACCIÓN:
$20.000
Escanea este QR e
Inscríbete GRATIS
Aplica para todas las tarjetas
Crédito Fácil CODENSA

Total energía $33.450 + Total otros $25.220 = Total a pagar $58.670

Comportamiento consumo



Estado de cuenta

Consumo mes actual:	68 kWh
Consumo promedio:	69 kWh
Valor kWh aplicado:	$833,12
Consumo diario:	2,24 kWh
Valor diario:	$1.193

¿Sabías que...?

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

Generación + Transmisión + Distribución + Costo Variable + Pérdidas +
$310,68 $58,82 $205,29 $75,02 $67,33

Restricciones + Costo Fijo = $834,12
$108,29 $8,50 Costo kWh Mes Vigencia: FEB/2026

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

Detalle consumo de energía

Este mes la energía que disfrutaste, te costó $1.193 diarios

	Lectura actual	Lectura anterior	Diferencia de consumo	Factor	Energía consumida kWh	Energía facturada kWh	Valor unitario	Valor facturado
ENERGÍA ACTIVA kWh	10.925	10.857	68	1	68	68	$834,12	$56.720
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$259,68	$0
								$23.212

Subsidio: Cons. a subsidiar: 100,0 kWh X Valor kWh $834,1171 X Servicios al 40% -$23.212

$33.450

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 - 130 kWh/mes) es de -41,63 %

Otros cobros asociados a energía

Ajuste a la decena

SUBTOTAL

1 TOTAL A PAGAR $33.450

Otros conceptos de prestación de servicios

2 TOTAL A PAGAR $0

Tuvo en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar otras dos de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspendería 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 $103.893.

Recuerde que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, debe incluir en esta, este valor más el costo de reconexión adicional a las tasas de interés Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realice gestión de cobro.

0000048122-9

Ciudad Limpia

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato: 11620001

Documento equivalente electrónico No. 385719810-2

Periodo de facturación: 19.02.2026 a 18.03.2026

Días liquidados: 30

Agente retenedor IVA: 0%
Agente retenedor cf: 0%
Subsidio: 40%

Datos usuario

Volumen:	3,0000	Estrato:	2
Densidad:		FREC. Recolección:	3
% Participación:	0%	FREC. Barrida:	3

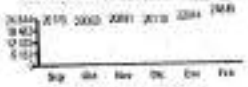
Tipo productor: Residencial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No Residenciales	0	0

Costos para tarifas

$28.507,73	$6.534,78	$997.185,57

Histórico de facturación



Toneladas por suscriptor

Barrido:	0,0015615
Limpieza urbana:	0,0006891
Factores del aprovechamiento:	0,0004155
Efectivamente aprovechados:	0,0021955
Residuos no aprovechables:	0,00
Materia aprovechable:	0,00

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - SERVICIO ORDINARIO NOCTURNO	$36.025
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-11.575
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEN	$5
ASEO - REDONDEO APROVECHA	$240

Meses: 0 — $25.220

Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 25.220,00

Calidad del Servicio

Duración Incomprendidas (Horas)

DPD: 11,57	Grupo: 10	
DIU: 2,02	HO: 0,00	
DIUM: 0,00	VO: 0,00	
TRO: 0,00	CRE: 0,00	

Frecuencia Interrupciones (Eventos)

FMG: 13,84	DP: 33,00
FM: 5,96	CP: 66,00
FMM: 0,00	MC: 0,00
TVO: 0,00	MP: 1,00
	%: 0,00

CIL 11620001 — PLR 0,000 / 00,000

Documento electrónico

Pago Oportuno 25958975 — Total a pagar $58.670

(415)7709089142536802001000000000058670

Use este código para pagos en canales presenciales

FECHA EXPEDICIÓN 26/02/2026 08:57:46 — FECHA EXPEDICIÓN 26/02/2026 16:17:06

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 - 18
Número de Historia clínica

MICROCHIP: SI
Núm
900255003232251

FECHA: 31/03/26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Princesa

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA French Poodle EDAD 2A

PESO: 5,9 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: patricia Suarez Rocha

DIRECCION: Kr 123 Nº 13c 85

TELEFONO 3058275459

CEDULA: 39752535

CORREO ELECTRÓNICO: 3058275459@sincorreo.com

BARRIO: El charco 2

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: primaria
NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa — NR

ULT. DESPARASITACKT: dd/mm/aaaa — NR

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I II III IV V VI E

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
138 l/m	42 r/m	38.7 °c	2seg	Rosada S.

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.6 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.2 ml	5-7mg/kg IV
		ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.6 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.24 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 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	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	FIRMA

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 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 entendido 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:	No. de Identificación
Patricia Suarez Rocha	37752535

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO
39.752.535
SUAREZ ROCHA

APELLIDOS
PATRICIA

NOMBRES

Patricia Suarez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **19-FEB-1965**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-JUL-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO



A-1500150-00149728-F-0039752535-20241210 0149251076A 1 8513775604

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT. 860.063.875-8
Calle 99 No. 13 – 45 Piso 1

2791780-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3017934[illegible]

CUENTE

PATRICIA SUAREZ ROCHA
KR 123 NO 13 C 85 CA 232
0
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO II

18 347 7416 / 36176

Quieres ver tu factura en un click? Escanea el código

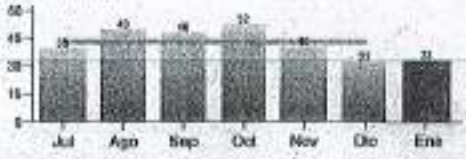
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $788,29

CONSUMO DIARIO: 1,22 kWh

VALOR DIARIO: $962

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 33 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

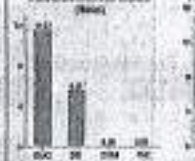
CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1008316347416
RUTA LECTURA:	13H2STE774
MANZANA DE LECTURA:	MDVC5681H2
MEDIDOR NO:	36176
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA

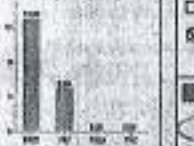
Revisa tus cables regularmente. Mantenerlos en buen estado es una forma sencilla de asegurar un entorno confiable y libre de riesgos.

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)



FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Veces)



CONTÁCTANOS

Registrate gratis

Zona privada de tu página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 8 115 115

115 Gratuito las 24 horas

601 82 63636

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. — 7V 4 No. 51A-05

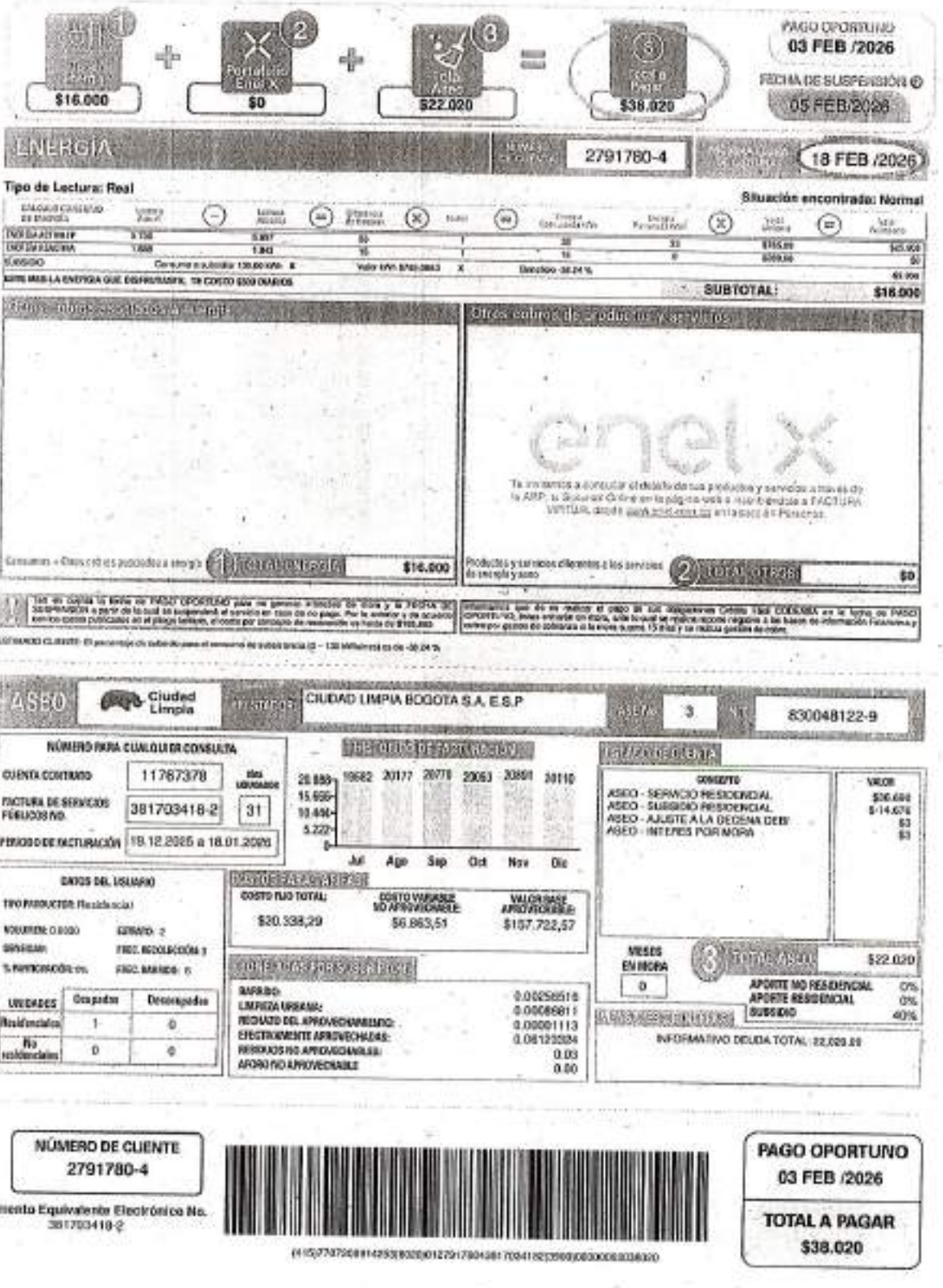
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 6 D - 75

ASEO LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.E. E.S.P. — Calle 139 B 54 38/40 Local 103 104

Línea de servicio al cliente 110

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 01:04:41
FECHA EXPEDICIÓN: 03/01/2026 12:40:15

Factura impresa por Comisión Reguladora de Comunicaciones NIT 900.059.895-9
Proveedor Tecnológico: Consultoría Tecnología y Servicios S.A.S BIC – Nombre del SW: CETIFacturación – NIT 900.225.101-5



NÚMERO DE CLIENTE
2791780-4

Documento Equivalente Electrónico No.
381703418-2

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

TOTAL A PAGAR
$38.020

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA
HC - 19
Número de Historia clínica

MICROCHIP: 900255003232243

FECHA: 31/03/26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna

COLOR: blanco - Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA Cocker I EDAD 1A PESO: 6,3 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jinneth Michel Martinez Gamba

DIRECCION: Kr 123 Nº 13C 75

TELEFONO: 3106958349

CEDULA: 1.016.112.150

CORREO ELECTRÓNICO: mm0490114@gmail.com

BARRIO: El charco II

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Tecnico

NS/NR: ___

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaa NP

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaa NP

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

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

4. EXAMÉN 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 FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	138 l/m	F. RESPIRATORIA:	26 r/m	TEMPERATURA:	38,2°c	TLLC	2 seg	MUCOSAS:	Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,6 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,2 mL	5-7mg/kg IV
		1 mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,6 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,24 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	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	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 puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y no 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 intervencion 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:	No. de Identificación:
Mucha Martinez Gamba	1016112150

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 **1.016.112.150**

MARTINEZ GAMBA

APELLIDOS

JINNETH MICHEL

NOMBRES

Michel Martinez G.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-AGO-1999**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

26-AGO-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00943005-F-1016112150-20171004 0057812511A 2 48696284

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 365269671-0

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2750234-6**

No. Medidor: **22547867**

53511

¡Hola!

JOHANNA GAMBA
KR 123 NO 13 C 75 CA 5
PRADERA DE FONTIBON
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO II

Pago oportuno 02 MAR 2026

Fecha de suspensión 06 MAR 2026

Tu próxima factura 19 MAR 2026

Periodo Facturado
Del 21 ENE/2026 al 18 FEB/2026
30 días

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 1 3 16 307 0026 Carga kW: 1.87 Estrato: 2

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básico

1 3 16 347 6779

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Consejos para el uso seguro de tu energía

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

Aléjate siempre de cables sueltos, enredados o de postes.

Contáctanos en Línea de Atención

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

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/hacer-tramites

Canales de atención

Avenida Boyacá # 6 B - 20

Línea 130

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

Billeteras virtuales

Nequi · MOVii · dale · tpaga

Red electrónica RED CADE

Centros de servicio

Corresponsales bancarios

CONFECOOP · efecty · Baloto · Revii · Efecty · MOVIRED

53511

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.



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- 20 (Número de Historia Clínica) | MICROCHIP: 900255003232915 | FECHA: 31/03/26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Fruna | COLOR: blanco - Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Fresh Poodle | EDAD: 15 M | PESO: 6,3 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Elvis Cortes Martinez | DIRECCION: CL 19 97A 11 | TELEFONO: 3202021747

CEDULA: 79.833.503 | CORREO ELECTRÓNICO: elkortes7@gmail.com

BARRIO: Centro | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: d/mm/aaa 2/Dic/25 | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 25/01/26 | ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,3 °c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosada.

OBSERVACIONES: ~

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,6 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,2 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,6 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,24 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	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o 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:
ELVIS CORTES MARTINEZ	79833503 Bta

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 79.833.503

CORTES MARTINEZ

ELVIS

COL 1.70 M

20 NOV 1977 A+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

08 JUN 1998 BOGOTA D.C.

Elvis Cortes

12 MAYO 2033

0211912648

ICCOL0211912648150O1<<<<<<<<<<
7711204M3305120COL79833503<<<5
CORTES<MARTINEZ<<ELVIS<<<<<<<<

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: Q3 RUTA: Q33339 BIMESTRAL

10412353
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

41465038218
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
MIREYA MANRIQUE

Dirección del predio
CL 19 97A 11 AP 204

Barrio: CENTRO Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

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

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

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ABR/13/2026	FEB/03/2026 06:38:58	FEB/03/2026 10:59:51

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

Datos de tu medidor
Marca: GERCOMEX Tipo: VELOCIMC
Serie: 10150481 Diámetro pulgadas: ½

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena.

Pago x Dv 15 Feb/26

12458 68187 33664

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 17m³



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

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

En este período	Promedio al día
8.000	131

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	2230	Facturado con	Consumen Normal
Lectura anterior	2221	Base promedio	
Tu consumo este periodo	9	Descargua fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	ISERCONTA	Tipo	VELOCIMET
Serie	70150481	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

Aprovechar el agua lluvia para regar las plantas.

Verificar el ajuste del empaque de la lavadora para lavadoras de ahora.

Revisar que las tuberías de tu casa o negocio no tengan fugas o escapes.

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros
$41.754,64		$34.598,02		$4-
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 periodo = **Total a pagar** $76.350

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 2b302a8af0505653805073846fcef2ff10e5a16c51fd2d0598f58895293f2a843e8492b77e548852f73df489c611f803c7a

Detalle de tu consumo este bimestre

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
		A Acueducto						B Alcantarillado				
Consumo residencial básico (m³)	2,00	$8.705,69	-15	$2.930-	$8.328,26	$16.652,24	2,00	$4.656,05	-15	$1.397-	$3.957,84	$7.915,10
Consumo residencial básico (m³)	8,00	$3.691,55	-15	$4.430-	$3.137,82	$25.102,49	8,00	$3.822,99	-15	$4.709-	$2.335,20	$18.680,92
Consumo residencial superior básico (m³)	-						-					
Cargo fijo no residencial (und)	-						-					
Consumo no residencial (m³)	-						-					
Subtotal				$7.360-		$41.754,64				$6.106-		$34.598,02

* Corresponde a consumos de hasta 15m³ 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, que aparece arriba

	Tarifa Uso (Acueducto)	Tarifa Subsidiativa (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$16,82	$91,15
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,03	$0,00
Total por consumo facturado	$215	$729

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$4-

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	

Paga por la página web, app y establecimientos

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$76.350

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

Datos claros: Si en el pago posterior de este aporte en la cuenta de recaudación de los Acueductos. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en establecimientos comerciales).

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS UNA UNIDAD DE NEGOCIO DE GRUPO EPM

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 - 21 Número de Historia clínica	MICROCHIP: 900255003232902	FECHA: 31/03/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Noa				COLOR: Blanco	
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA: Fresh Poodle	EDAD: 2A	PESO: 7 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X			TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO CONCENTRADO MIXTO X OTRO	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gladys Cecilia Herrera Melendez		DIRECCION: CL 15 119A 40	TELEFONO 3012825241
CEDULA: 49.795.139		CORREO ELECTRÓNICO: glahermel@gmail.com	
BARRIO: El Charco	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X
NOV /26	12/2025	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN 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 PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 38.4 °c	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosada S

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.7 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.4 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.7 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.28 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	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, sin derecho a controversia 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:	N.o. de Identificación:
Gladys Herrera	49.795.139

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 49.795.139
HERRERA MELENDEZ
APELLIDOS
GLADYS CECILIA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 17-DIC-1979
VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
22-SEP-1998 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

¡Hola!

YOLANDA VEGA
CL 15 119A 40 T14 00014 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de cumplir
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5087104-28332

Lote: P16GN Ruta: 001184008196009500B Código del Sector: 457

Cuenta o referencia de pago **61779565**

vanti

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

vanti

ITU COMPRA EMPIEZA escaneando el QR:



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

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Líneas disponibles: lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.
sábados de 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 942 784
Bogotá (601) 307 6171
Resto del país (601) 585 4700

Atención virtual
Consulta tus peticiones, quejas o reclamos en línea

Línea de WhatsApp 315 418 4164
Mi Vanti en línea
https://www.vanti.co/

Recuerda que puedes elegir libremente quien te factura el servicio de gas natural. Ley 142 de 1994.

457

66003

C1

Enero 2026

Cuenta de cobro/Estado de cargo 61771[illegible]65

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno 10 Feb. 2026	Fecha de suspensión 11 Feb. 2026	Periodo facturado Dic. - En. 2025	Emisión de tu factura 21 Ene. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad kWh (A)	Valor unitario ($)	IVA (B)	Subtotal (A+B)+C
[illegible]	3665	2369.74	0.00	67,994.50
[illegible]	1520	10.76	0.00	16,781.02
[illegible]	1520	0.49	0.00	0.49

1 – Total $39.230,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Cargos	Cuotas	Cargos	Intereses	Subtotal

2 – Total $0,00

Valor facturas vendidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $39.230,00

Pagos y conciliación

Tus últimos consumos

Datos de medición

Tipo Residencial	Número Del Dos	Días Consumo 30
Fecha	Lectura	Tipo
20 Dic. 2025	3665	REAL
21 Ene. 2026	3711	REAL

Consumo: 3711 - 3665 * Factor de corrección = 30

Tu pedalera la tienes aquí Entre 16 y el 21 de Febrero

Novedades en tu factura

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Oct. 2028

Agendar en RPO aquí

Tarifas

Cargos/consumos históricos

Fechas de suministro

Cargos en tu cuenta de pago oportuno no pagados oportunamente









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: 22 (Número de Historia Clínica)	900255003232486	31/03/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Mara			COLOR: Beige	
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA: Mestizo	EDAD: 8A	PESO: 22,5 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 DITRO			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: María Paula Díaz Galiria	DIRECCION: Kr 85 K N° 256 49	TELEFONO: 3202381123	
CEDULA: 1.014.291.569	CORREO ELECTRÓNICO: mariapaula.42@hotmail.com		
BARRIO: Ferrocaja Fontibon	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. GESTACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X
Mar 20 2026	01/26	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. EXAMEN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC:	MUCOSAS:
142 l/m	36 r/m	38.1 °C	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.2 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	4.3 mL	5-7mg/kg IV
		/ mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2 mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.2 mL	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.88 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	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	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 Ovariohistoctomia/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 Medico 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, la cual exonera al Médico Veterinario prestador de servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de identificación:
· Maria Paula Diaz G.	· 1014291569

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.014.291.569

DIAZ GALICIA

MARIA PAULA

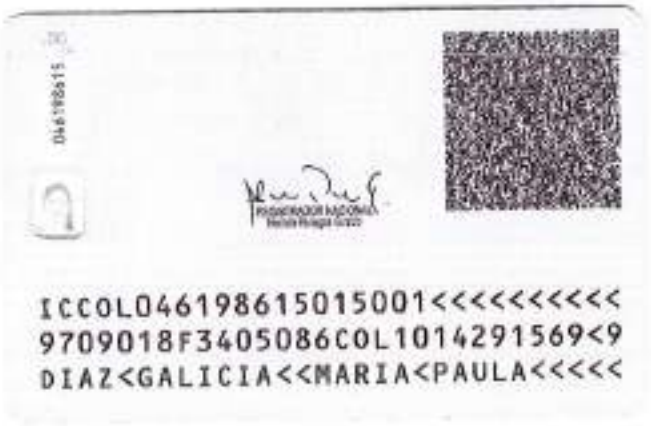
COL | 1.67 | F

01 SEPT 1997 | B+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

04-SEPT-2015, BOGOTA D.C.

08 MAYO 2034



0461986151

ICCOL0461986150150O1<<<<<<<<<<
9709018F3405086COL1014291569<9
DIAZ<GALICIA<<MARIA<PAULA<<<<<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 387332484-6

enel | Bogotá

Para pagos y otras consultas tu número de cliente es: **6136240-1**

No. Medidor: 42650

¡Hola!

INGEURBE SAS NA
KR 85 K NO 25 G 49/53 TO4 AP406
BOGOTA, D.C.

Pago oportuno: 18 MAR/2026

Fecha de suspensión: 20 MAR/2026

Tu próxima factura: 08 ABR/2026

Periodo Facturado:
Del 06 FEB/2026
al 08 MAR/2026
60 días

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

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 3 5 07 5 03 3171 | Carga kVA: 13.00 | Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

3 5 07 508 4577

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.



En la compra que siempre quisiste.

DISPUTA EL REINTEGRO EN TU PRÓXIMA COMPRA

ES MUY FÁCIL

Solicita tu tarjeta del 1 de febrero y el 15 de marzo de 2026.

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

Te devolvemos hasta $100.000 en tu siguiente factura de ENEL.

Plazo máximo de compra 6 meses.

Escanea este QR para reclamar en el punto más cercano

Contáctanos | Puntos de atención Enel

601 5115 115

Enel Colombia

@EnelColombiaCO

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

Emergencias 115 Operador Claro Gratuita las 24 horas.

Registrate gratis Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Trámites y solicitudes enelcom.co/es/personas/radicaciones

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

Operador de aseo

Ciudad Limpia Bogotá S.A. E.S.P.

Avenida Boyacá # 0 B - 00

Línea 195

Estafas a primera vista.

Si encuentras estos 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.

No es Enel, es una estafa.

Reglamento y pago de manera segura en la Zona Privada en

enel.com.co

¿Cómo pagar tu factura?

Medios exclusivos de pago

APP banco | Oficina 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 | Centros de servicio enel

Corresponsales bancarios

CREDIBED | Efecty | Baloto | Su Red | Red Multicolor | Movii | Gana

Enel Colombia S.A. E.S.P. Nit 830.059.718-9 Carrera 11 No. 82-76 Bogotá D.C. Colombia

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 - 23 (Número de Historia clínica)	900255003229150	31 / 03 / 2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Estrella			COLOR:	Blanco - Amarillo.
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: Mestizo	EDAD: 7M	PESO: 19,6 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X			TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Arturo Caicedo Escobar	DIRECCION: CL 14B 119A 20	TELEFONO: 3118322870	
CEDULA: 93.289.761	CORREO ELECTRÓNICO: cace3767@hotmail.com		
BARRIO: El Chanco I	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
136 l/m	28 r/m	37,9 °C	2 seg	Rosada s.

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	3.2 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	7.6 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.64 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	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	FIRMA

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 o incluso la muerte.

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

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, 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:	No. de Identificación:
	93'289.761 del L.T.

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
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 93.289.761
CAICEDO ESCOBAR
APELLIDOS
CARLOS ARTURO
FIRMA
REPÚBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 03-FEB-1966
LIBANO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
23-JUL-1984 LIBANO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-1500150-01168630-M-0093289761-20201001 0071B230434 1 9013239853

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Manuela Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 53 RUTA: 533719

BIMESTRAL

12138423	11141824018
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

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

Pago oportuno FEB/24/2026

Suspensión FEB/27/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ABR/18/2026	FEB/05/2026 05:38:47	FEB/05/2026 08:10:18

¡Hola!

Factura a nombre de
ALIANZA FIDUCIARIA SA SOLSTICI

Dirección del predio
CL 148 119A 20 TO 8 AP 504

Barrio: EL CHANCO I Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor
Marca FLOCHS CYBLE Tipo VELOCIMETRO
Serie A145134604 Diámetro pulgadas ½

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena.

28617 80297 39807

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 - 24 (Número de Historia clínica)	900255003229145	31/03/2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Mindy			COLOR: Beige	
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA: Mestizo	EDAD: 3A	PESO: 15,6 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X			TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO CONCENTRADO MIXTO X OTRO	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Andres Felipe Cruz Vera	DIRECCION: CL 15 119A 60	TELEFONO: 3144272934
CEDULA: 1.016.089.488	CORREO ELECTRONICO: afcpipe96@gmail.com	
BARRIO: Charco	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X
NP	01/2026	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 INCONTROLADOS: 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	38,7 °c	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,6 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	3,2 mL	5-7mg/kg IV
		mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,6 mL	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,64 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	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	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:
Andrés Cano V.	1016089488

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

FECHA DE NACIMIENTO 18-SEP-1996

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

22-OCT-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALVARO CALDAS CASTRO

0065937493A 3

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUIP 1.016.089.488

CRUZ VERA

APELLIDOS

ANDRES FELIPE

NOMBRES



FIRMA

¡Hola!

GLORIA GARCIA
CL 16 118A 60 T34 00404 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 6107104-28313

Lote: P16GN **Ruta:** 001184006536000006500 **Código del Sector:** 437

Cuenta de referencia de pago **61511837**

vanti

TU CUPO NAVIDEÑO
APROBADO ES:

vanti



Compra todo lo que quieras
en nuestras tiendas aliadas.

$8 MILLONES

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

este

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7 a.m. a 5 p.m.
Sábados 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 943 794
Bogotá (601) 307 3121
Barrancabermeja (076) 685 4795

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 318 416 4161

Mi Vanti en línea
https://

Recuerda que puedes elegir cómo recibir tu factura, por favor comunícate con nosotros a través de

65210

C1

Febrero 2026

61511837

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

Pago oportuno
10 Mar. 2026

Pago con recargo
11 Mar. 2026

Periodo facturado
Ene. - Feb. 2026

Emisión de su factura
24 Feb. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (U)	Valor unitario ($)	IVA ($)	Subtotal ($)
CONS. CON SUBSIDIO	M3	2.947,48	0,00	25.579,61
MENOS SUBSIDIO (-)	NUM	7.944,56	0,00	-7.844,56
AJUSTE DECENA	1UM	-4,05	0,00	-4,05

1 - Total $15.730,00

Tus financiaciones

Tipo de financiación/concepto	Cuota N°	Capital ($)	Intereses ($)	Subtotal Cuota ($)

2 - Total $0,00

3 - Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $15.730,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos

Datos de medición

Vivienda	Residencial	Decimales	Dos	Días de consumo	30
Factor		Lectura		Tipo	
21 Ene. 2026		2936		REAL	
18 Feb. 2026		2947		REAL	

Consumo: 2947 - 2936 * Factor de corrección = 6

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

Novedades de tu factura

Gracias por ser parte de Vanti

Fecha límite de pago oportuno

30 Abr. 2029

Tarifas

Nov. $2742 Dic. $2871 Ene. $2544

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad

Después de la fecha de pago oportuno se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $62.880

(415)7709998026029(8020)615119370(3900)0000000015730

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 ESTERIL[illegible]LINAS

HISTORIA CLÍNICA	MICROCHIP:	FECHA:
HC - 25 (Número de Historia clínica)	900255003232822 (Número de Microchip)	31/03/2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD ✓ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Martina				COLOR: Blanco	
ESPECIE: CANINO ✓ FELINO ___	SEXO: HEMBRA ✓ MACHO ___	RAZA: Mestizo	EDAD: 1 A	PESO: 18.1 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO ✓
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO ✓	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO ✓	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO ✓ MIXTO ___ OTRO ___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Aura Maria Lozano Martinez	DIRECCION: AK97 #23B-34	TELEFONO: 3003387273	
CEDULA: 51'836.176	CORREO ELECTRÓNICO: auramarialozanom@gmail.com		
BARRIO: Cofradia.	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aa	ULT. DESPARASITACION dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___
20/12/2025	28/05/2025	CANINOS: PVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aa PENTAVALENTE: 06/07/2025 HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: 10/10/2025 FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aa LEUCEMIA: dd/mm/aa RABIA: dd/mm/aa

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 PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA: 136 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	1.8 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	3.6 ml	5-7mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	7.8 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.72 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Dr/ajeno 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	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MÉDICA VETERINARIA T.P. 45036	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 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 e 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 Mariela Lozano	51836176

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.836.176**
LOZANO MARTINEZ
APELLIDOS
AURA MARIA
NOMBRES



Aura Maria Lozano.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **13-MAR-1967**
TENZA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-MAY-1985 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00364182-F-051935175-20120404 0025519924A 2 1711773068

SERVICIO PUBLICO DEL LOCAL y DE LA CASA

C. LABORAL DE BATA y C.C x 150

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

FACTURA EN LÍNEA



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



Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Dale

*Permite adicionalmente inscripción o débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

CADENAS, SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 30/03/2020 (VANTI)

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

RAFAEL ARTURO RODRIGUEZ
AK 97 23B 34 C29 00001 - COFRADIA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077103-231675

Lote: P08GN **Ruta:** 001102039S080005000 **Código del Sector:** 321

Cuenta o referencia de pago **61485750**

vanti Listo

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

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



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 1755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

321 001102039S080005000 1487 C1

Factura de gas

Marzo 2026

Cuenta o referencia de pago **61485750**

BOGOTA

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1 Pago oportuno	2 Fecha de suspensión	3 Periodo facturado	4 Emisión de tu factura
27 Mar. 2026	28 Mar. 2026	Feb. - Mar. 2026	13 Mar. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	11M3	2.566,59	0,00	28.232,49
FIJO	1UN	4.230,00	0,00	4.230,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,51	0,00	0,51
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	317,00	0,00	317,00
Vanti Max	1UN	13.941,18	2.648,82	16.590,00

1 — Total **$49.370,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

3 — Valor facturas vencidas

$0,00

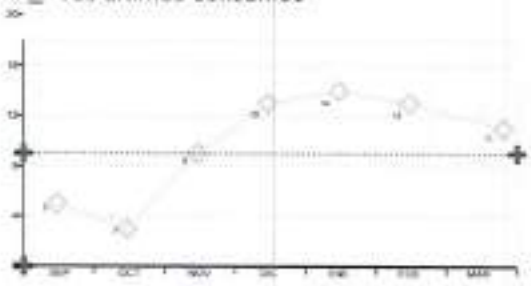
Total a pagar 1 + 2 + 3

$49.370,0

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat.Tres — Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
10 Feb. 2026	5345	REAL
10 Mar. 2026	5359	REAL

m³ corregido= 5359 - 5345 * Factor de corrección = 11

Tu próxima lectura será **Entre 08 y el 13 de Abril**

Novedades de tu factura

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $82.580

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

29 Sep. 2029

La revisión de tu instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente (Resoluciones 067 de 2007 y 41386 de 2017)

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2567.

Dic. $2571 Ene. $2544 Feb. $2551

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

Componentes tarifarios

Cm: 1336.54 Tm: 984.3 Dm: 660.66 Cm: 2566.59
Pr: 64.87 Cuvc: 0.0 CuTm: 4230.0 Cuvm: 2566.59
Cuvt: 0.0 Tpcm: 42.475 DAUM: 0.0 DAUM: 0.0

Vdm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 150 kWh y el precio unitario del kWh es: $245.711

Factor de corrección

Vm: 14 Kz: 0.78727 Kt: 1.00536 Pc: 0.77139
Vc: 11 Tm: 14.02 Tc: 13.56 Pc: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 P av: 1.0

Factor de corrección: 0.771139

Indicadores de calidad

PST: 700.0 DPS 0.0 IO: 100.0 IPU: 100.0



(415)7709998026025(8020)61485750(3900)00000000049370

Factura No. F158396671172 C1 1487