ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZAC[illegible]S

HISTORIA CLÍNICA	MICROCHIP: 900255003232333	FECHA:
HC- 101 Número de Historia Clínica	Número de Microchip	31-03-26.

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA X ___ COMUNIDAD ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Negro			COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 8M	PESO: 3.3 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___	
ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___					

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ingrid Carolina Martinez Comacho		DIRECCION: Cl 22 J # 174A-46	TELEFONO 3133614446.
CEDULA: 1015999812		CORREO ELECTRÓNICO: cachetesamat@gmail.com	
BARRIO: Atahualpa	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: 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. EXAMEN CLÍNICO

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

CLASIFICACION ASA: (1) II. III. IV. V. VI. E. CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 36 r/m	TEMPERATURA: 37.8 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: ROSADAS

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.6 ml	5-7mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	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.

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

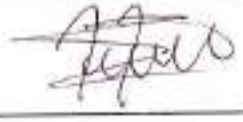
En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	1015999812

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 1.015.999.812
MARTINEZ CAMACHO
APELLIDOS
INGRID CAROLINA
NOMBRES
Ingrid Martinez.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-JUL-1986
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 A- F
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-ENE-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

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 ESTERILIZACIÓN CANINAS Y FELINAS

Expiry-Date:2030/09/03

HISTORIA CLÍNICA	NO	FECHA
HC - 102 (Número de Historia Clínica)	900255003232494 (Número de Microchip)	31 marzo 26

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA X ____ COMUNIDAD ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: tommy				COLOR: tabby	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA mestiza	EDAD 5m	PESO: 2,3 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yennifer Johanna Manzano Marin.	DIRECCION: Calle 14 # 101-54	TELEFONO 3153965668
CEDULA: 52.896.552	CORREO ELECTRÓNICO: yennymanzanom@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: ___
NA	15 mar 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/15/03/26 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	37,9 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: ~

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ~

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

NOMBRE DEL MVZ 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 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:
Yennifer Manzano	52 896552

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
52.896.552
MANZANO MARIN
YENNIFER JOHANNA



30-SEP-1981
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
1.62
O+
F
22-OCT-1999 BOGOTA D.C.
INDICE DERECHO

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: HC- 103 (Número de Historia clínica) | MICROCHIP: 900255003232496 | FECHA: 31 marzo 26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA X | COMUNIDAD | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lilo | COLOR: Labby

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO ✓ | RAZA: Mestizo | EDAD: Sm | PESO: 2,2 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO___ | 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: Yenaifer Johanna Manzano Marin | DIRECCION: Calle 19 # 103-54 | TELEFONO: 3153165668

CEDULA: 52 896 552 | CORREO ELECTRÓNICO: yennyjmanzanom@gmail.com

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

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 15 mar 26

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: 16/03/26 | 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: 37,8 °c | TLLC 2seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ~

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	03 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	06 ml	5-2mg/kg IV
		ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	03 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	012 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 anestesia/sedación/cirugía/esterilización, quien la ha recibido de manera clara y voluntaria su ACEPTACIÓN___ o 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 naurológicas 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:
Yenifer Menzaro	52 896 552

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
52.896.552
NUMERO
MANZANO MARIN
APELLIDOS
YENNIFER JOHANNA
NOMBRES



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

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS S33-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: HC- 104 (Número de Historia clínica)

MICROCHIP: 900255003232242

FECHA: 31/03/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Negro

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 18 M PESO: 2,5 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Patricia castiblanco

DIRECCION: cr 123 H 14B-08

TELEFONO: 3195070717.

CEDULA: 23497377

CORREO ELECTRÓNICO: 3195070717@sincorreo.com

BARRIO: Recodo

ESTRATO:

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa ENTEROVIRUS: 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: 142 l/m | F. RESPIRATORIA: 36 r/m | TEMPERATURA: 38,2 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	03 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	06 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	03 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	02 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 pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	23497317

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

NUMERO 23.497.317
CASTIBLANCO
APELLIDOS
MARTA PATRICIA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-DIC-1970
SIMIJACA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1,57 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
23-ENE-1989 CHIQUINQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: HC- 105 (Número de Historia clínica) | MICROCHIP: 900255003232260 | FECHA: 31-03-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Yuki | COLOR: Blanco- Gris.

ESPECIE: CANINO__ FELINO X | SEXO: HEMBRA__ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 4M | PESO: 2.3 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__ PERRO DE CUADRA__ OTRO: nacio en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Rosmary Ramos Piñeros | DIRECCION: Kr 123 73D 47 | TELEFONO: 3155423479

CEDULA: 52.318.484 | CORREO ELECTRÓNICO: manuela.lugo.ramos@gmail.com

BARRIO: Charco | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnologo | 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: 136 l/m | F. RESPIRATORIA: 40 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	0.6 ml	5-7mg/kg IV
		6 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.3 ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN G.P.B.I	0.3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.72 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/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 he sido informado, he comprendido y aceptado.

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de identificación:
Rosmery Ramos	52318484 Bta

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.318.484

RAMOS PIÑEROS

APELLIDOS

ROSMARY

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-SEP-1974
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

17-NOV-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



A-1500150-00024676-F-0052318484-20100511 0338715173A 1 1003011182

Por favor dobla y rasga para abrir la factura



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



Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · GNB · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda · Bogotá · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

CANVAS1. SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.098.812-8

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

ROSMERY RAMOS
KR 123 13D 47 164 00001 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007108-443291

Lote: P16GN **Ruta:** 001184025095000S000 **Código del Sector:** 437

Cuenta o referencia de pago **62358872**

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:



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

Factura de gas

Marzo 2026

Cuenta o referencia de pago **62358872**

BOGOTA

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: **10 Abr. 2026**

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

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

4 — 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	8M3	2.957,53	0,00	23.660,24
MENOS SUBSIDIO (33%)	1UN	-7.741,63	0,00	-7.741,63
AJUSTE DECENA	1UN	1,39	0,00	1,39

1 — Total **$15.920,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

3 — Valor facturas vencidas

$0,00

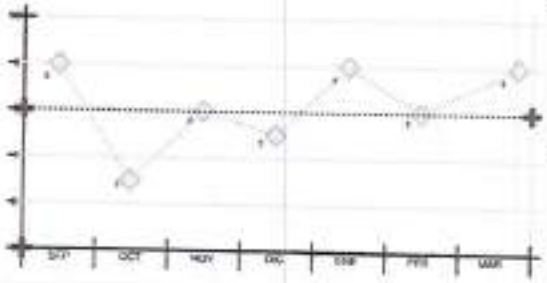
Total a pagar 1 + 2 + 3

$15.920,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat.Dos — Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
19 Feb. 2026	2953	REAL
20 Mar. 2026	2963	REAL

m³ corregido: 2963 - 2953 * Factor de corrección = 8

Tu próxima lectura será

Entre 18 y el 23 de Abril

Novedades de tu factura

CuVa $ 3566,59

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

28 Feb. 2029

La revisión de la instalación interna es la responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2013 y 41085 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

Dic. $2571 Ene. $2544 Feb. $2561

Fuente registrada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Gm: 1936,84 Tm: 594,3 Dm: 600,89 Cm: 0,0
Pr: 64,87 Cuiu: 0,0 Cuhr: 0,0 Cuvm: 0,0
Cm: 0,0 Fpcm: 42,475 DALNR: 0,0 DALNR: 0,0

kWh/m³Tu consumo en m³ de gas equivale: $4
kWh y el precio unitario del kWh es: $160,347

Factor de corrección

Vm: 10 Kp: 0,76784 Kt: 1,00520 Pc: 0,77107
Vc: 8 Tm: 14,06 Tc: 15,00 Pb: 1,01309
Pa: 0,762 Pm: 0,0234 P pv: 1,2

Factor de corrección: 0,77107

Indicadores de calidad

IRST: 100,0 DES: 0,0 IC: 100,0 IPS: 100,0



(415)7709998026025(8020)62358872(3900)000000000015920

Factura No. F1558091739

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 - 106 (Número de Historia clínica) | MICROCHIP: Expiry Date: 2030/09/02 900255003232827 (Número de microchip) | FECHA: 31-03-26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pacho				COLOR: amarillo - Blanco	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 11M	PESO: 3.7 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gina Paola Murillo Sanchez		DIRECCION: CL 14B 116--70	TELEFONO: 3203796576
CEDULA: 1016036609		CORREO ELECTRÓNICO: salome_78@hotmail.com	
BARRIO: Charco	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	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	ROSADAS.

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	04 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	08 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	03 ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	04 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

En calidad de [Cirujano y/o Anestesiólogo], suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), cuyo consentimiento manifestado de manera libre y voluntaria es: ACEPTADO X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento con 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 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:
· Cuell	- 1016036609

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:

AUTORIZACIÓN/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.036.609
MURILLO SANCHEZ

APELLIDOS
GINA PAOLA

NOMBRES
GINA PAOLA MURILLO

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-ABR-1991
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

19-JUL-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1508150-00159686-F-1016036609-20050514 0014066467A 1 29165240

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/**

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 · tuo · Bancolombia · BBVA · Servibanca · Banco AV Villas · Banco de Occidente · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · SmartPay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todas 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. 800.058.812-8 709527082023 VANTI

¡Hola!

RAFAEL MURILLO
CL 14B 116 70 B15 C27 00001 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097103-215138

Lote: P16GN **Ruta:** 0011840141800008300 **Código del Sector:** 437

Cuenta o referencia de pago **61689743**

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.188.220**



Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP., Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP., Gas Natural del Oriente S.A. ESP. y Gasoccidente S.A. ESP. usan Listo en la misma clase distintiva al servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de la política de financiación, consultalo en: grupovanti.com/vantilisto.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

437 0011840141800008300 P16GN 72746 C1

Febrero 2026

61689743 BOGOTA

NIT: 800.007.813-6
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

TRANSACCIÓN BANCARIA

Fecha	2026-02-19
Hora	19:46:52
Comercio	358093
Terminal	245380
Operación	Recaudo
Aprob. Banco	553673
Aprob. Punto Red	8823 Oficina
Convenio	VANTI S A ESP BOGOTA CUR
Ref. Comercio	7709998026025
Referencia 1	61689743
Referencia 2	
Valor	220420.00
Costo Transacción	$0
Valor Total	220420.00

2 Fecha de expedición Mar. 2026

3 Periodo facturado Ene. - Feb. 2026

4 Emisión de tu factura 24 Feb. 2026

Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
16M3	2.947,43	0,00	47.158,88
1UN	-15.688,76	0,00	-15.688,76
1UN	4,08	0,00	4,08
0	13.005,00	0,00	13.005,00
0	5.935,00	0,00	5.935,00
1UN	33.420,97	0,00	33.420,97

1 – Total $83.834,17

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.78 % Tecnología Vanti	3/14	81.416,59	19.196,30	81.416,59
1.78 % V-Electro Hogar Vanti	3/15	55.169,24	14.222,67	55.169,24

2 – Total $136.585,83

3 – Valor facturas vencidas

$0,00

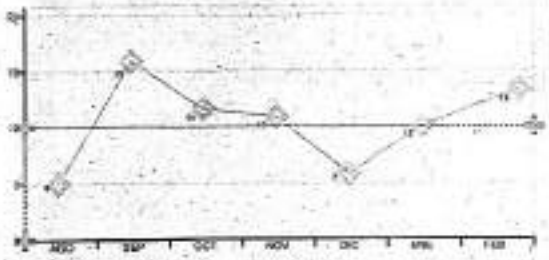
Total a pagar 1 + 2 + 3

$220.420,0

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Dos Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
21 Ene. 2026	4537	REAL
19 Feb. 2026	4558	REAL

m³ corregidos= 4558 - 4537 * Factor de corrección = 16

Tu próxima lectura será

Entre 16 y el 21 de Marzo

Novedades de tu factura

CuVa $ 3521.41

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 Abr. 2027

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debes realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2013 y 41368 de 2017.

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm 1309.37	Tm 503.01	Dm 693.83	Cm 0.0	
Pr 64.67	Cvm 0.0	Cvfm 0.0	Cvcm 0.0	
Com 0.0	Fpvm 42.435	DAUR 0.0	DAUNR 0.0	

Mjte/Tu consumo en m³ de gas equivale: 189 kWh y el precio unitario del kWh es: $166.909

Factor de corrección

Vm: 21	Kp: 0.76667	Kt: 1.00586	Pc: 0.77124	
Vc: 16	Tm: 13.05	Tc: 15.56	Pa: 1.0.606	
Pa: 0.751	Pm: 0.0234	Fpc: 1.0		

Factor de corrección: 0.77124

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPS: 100.0



(415)7709998026025(8020)61689743(3900)00000000220420

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
HC - 107 (Número de Historia clínica)	Expiry-Date: 2030/09/02 900255003232908	31 / 03 / 26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Milo			COLOR: Pardo	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 6M	PESO: 2,3 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO ___ OTRO ___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Miriam Teresa Beltran Gomez	DIRECCION: cl 15B 117-70	TELEFONO 3133118514
CEDULA: 1016051555	CORREO ELECTRÓNICO: beltranmyriam148@gmail.com	
BARRIO: Charco	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___
NA	Dic /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: 25/10/2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
142 l/m	34 r/m	37,8 °C	2 SEG	Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 mL	5-7mg/kg IV
		— mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	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 (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/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:
NAYKAN BEHAAN	1016051555

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.016.051.555
BELTRAN GOMEZ
APELLIDOS
MIRIAN TERESA
NOMBRES
MIRIAN BELTRAN
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 15-NOV-1992
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-DIC-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



A-0007510-00152402-M-1016051555-20101228 0057402A 1 [illegible]

¡Hola!

NELSO ANTONIO BELTRAN
CL 158 117 70 B14 C23 00001 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007107-344986

Lote: P16GN **Ruta:** 001184014047000S200 **Código del Sector:** 437

Cuenta o referencia de pago **61561267**





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.

437
72245
P16GN
G

Factura de gas Marzo 2026

Cuenta referencia de pago 61561267

CUENTA EN MORA

vanti

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad (unidad (A))	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
Vent Mes Gas	1UN	12.142,86	2.307,14	14.450,00

1 – Total **$14.450,00**

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuotas N°	Cantidad A	Intereses B	Subtotal C=A

2 – Total **$0,00**

3 – Valor facturas vencidas **$123.770,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$138.220,0**

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat: Dos — Días de consumo: 29

Fecha	Lectura	Tipo
19 Feb. 2026	3586	REAL
19 Mar. 2026	3586	REAL

m³ corregidos = 3586 - 3586 * Factor de corrección = 0

Tu próxima lectura será: **Entre 18 y el 23 de Abril**

Novedades de tu factura

Curva G 2996 AV

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $32.580

(415)7709998028025(8020)61561267(3900)0000000138220

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Dic. 2027

La revisión de la(s) red(es) interna(s) es responsabilidad del(a) usuario(a) y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación aplicable. Resoluciones CREG 067 de 2010 y 011 de 2011.

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de: $3567.

Dic. $2571 Ene. $2544 Feb. $2651

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

Componentes tarifarios

Cm 1598.31	Tm 964.9	Dm 600.86	Cvm 0.0
Pr 44.87	Cvm 0.0	Cvpm 0.0	Cvcm 0.0
Cvm 0.0	Fpm 42.675	Dm/d 0.0	Dm_min 0.0

Componentes en $/m³ de gas suministrado a este predio según la vigencia de la tarifa.

Factor de corrección

Cm 0	Kd 0.75796	Pc 1.16552	Fc 0.77167		
Vc 0	Cm 14.86	Tc 15.00	Pc 0.0259		
Fc 0.772	Pm 0.0254	P cor 1.0			

Factor de corrección: 0.77167

Indicadores de calidad

Ipgn 144.2	23.5 0.0	ID 500.0	Ipn 500.0		



Factura No. F1889693479 772446 C1

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC. 108 (Número de Historia Clínica) | MICROCHIP: 900255003232836 | FECHA: 31 marzo 2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD Y | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: COSMO | COLOR: amarillo/ Blanco

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 9M | PESO: 4.4 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO___ OTRO___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gladys Plazas Santafimio | DIRECCION: KR 123 14B 70 | TELEFONO: 3108869485

CEDULA: 26477373 | CORREO ELECTRÓNICO: 3108869485 @ sin correo. com

BARRIO: Charco | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 30/10/25

ULT. VACUNACION: NS/NR:___

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa Agosto/25.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 146 l/m | F. RESPIRATORIA: 34 r/m | TEMPERATURA: 38,1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES: ~

7. MEDICACION

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

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, ha comprendido y aceptado.

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Gladys Plazas	26.477373

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 CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.477.373
PLAZAS SANTOFINIO

APELLIDOS
GLADYS

NOMBRES
GLADYS PLAZAS
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 12-OCT-1968
COLOMBIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O- F
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-SEP-1987 COLOMBIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00206504-F-26477373-20051208 0015337501A 1 3324998

FACTURA EN LÍNEA

Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibir 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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Davivienda, Banco Pichincha, Bancolombia, BBVA, Nequi, dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

¡Hola!

LATERIZIO S.A.S. LATERIZIO S.A.S.
KR 123 14B 70 T03 00302 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007115-3084351

Lote: P16GN Ruta: 0011840085061005600 Código del Sector: 437

Cuenta o referencia de pago 62656651

vanti listo

Compra televisor, celular, computador o gas moto y mucho más, y paga a cuotas a través de tu factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 6.200.000**



vanti listo

Compra todo lo que quieras en nuestras tiendas aliadas, con tu cupo de crédito hasta de

$8 MILLONES

Celulares, computadores, televisores y productos para tu hogar.

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

ALKOSTO K-TRONIX

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.

Cuenta o referencia de pago 62656651 BOGOTA

Vanti S.A. ESP www.grupovanti.com Vanti Más formas de pagarnos

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 (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	4M3	2.947,43	0,00	11.789,72
MENOS SUBSIDIO (33%)	1UN	-3.922,44	0,00	-3.922,44
AJUSTE DECENA	1UN	2,72	0,00	2,72

1 Total $7.870,00

Tus financiaciones

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

2 Total $0,00

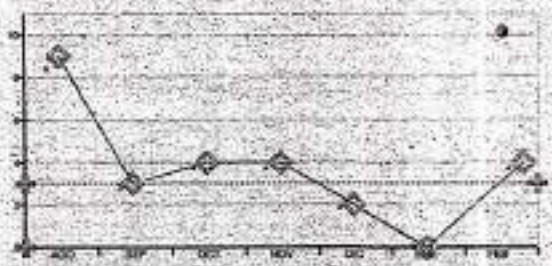
3 Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $7.870,0

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Dos Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
21 Ene. 2026	1656	REAL
19 Feb. 2026	1661	REAL

m³ corregido = (1661 - 1656) * Factor de corrección = 4

Tu próxima lectura será Entre 16 y el 21 de Marzo

Novedades de tu factura

Cons $ 2551.41

Estimado cliente recuerde que tiene entre Sep/2025 y el 28/02/2026 para realizar la Revisión Periódica. De suspenderse el servicio a partir del 01/03/2026 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 020/2013)

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

28 Feb. 2031

La revisión de la instalación "interna gas" obligatoriamente y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2017 y 41 005 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

Nov. $2742 Dic. $2571 Ene $2544

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

Componentes tarifarios

Gm: 1.826.57 Tm: 560.01 Dm: 559.52 Cm: 0.0

Pc: 44.91 Comc: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0

Com: 0.0 Fpcm: 42.458 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale a: 42

kWh y el precio unitario del kWh es: $167.589

Factor de corrección

Vm: 5 Pz: 0.76667 Fb: 1.00596 Pt: 0.77124

Vb: 4 Tm: 13.26 Tb: 15.56 Pm: 1.01006

Pm: 0.751 Pm: 0.0034 Ppc: 1.0

Factor de corrección: 0.77124

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IDI: 100.0 IPS: 100.0



(415)7709998026025(8020)62656651(3900)000000000007870

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: HC- 109 (Número de Historia clínica) | MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003232324 | FECHA: 31 marzo 2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	TOM			COLOR: Blanco / Paido	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 5M	PESO: 3.3 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Isabel Velazquez Caycedo		DIRECCION: CL 16H BIS A 103A 75	TELEFONO: 3172099778
CEDULA: 51778359		CORREO ELECTRÓNICO: misabel79652070@gmail.com	
BARRIO: El Carmen	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa ENERO/26	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___	
		CANINO: PARVO: dd/mm/aaaa	TRIPLE: dd/mm/aaaa
		HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: NUVEL/26	
		TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa	LEUCEMIA: dd/mm/aaaa

PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa
RABIA: dd/mm/aaaa Feb/26.

4. EXAMEN CLINICO

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

HALLAZGOS EN EXAMEN: ninguno

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

5. CONSTANTES BIOLOGICAS PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
140 l/m	30 r/m	37.8 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.8 ml	5-7mg/kg IV
		ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), inscribo 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), sobre la manifestada 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
Martha Velasquez	51 778 359

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:



01-MAY-1965

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

1.56 O+ F

16-AGO-1983 BOGOTA D.C.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
51.778.359

VELASQUEZ CAYCEDO

MARTHA ISABEL



Reanimar nuestra vida espiritual

Juan 20:1-12 Deuteronomio 20 ver 1-3 no desanimarnos nosotros nos reanimamos en la oracion y pensar en todo lo que el espiritu Santo nos habla el señor nos prueba el peicre que nos humillemos
Deuteronomio 4 el señor va con nosotros
Salmo 68 ver 9 Job Josue 1 ver 9 Isaias 42 ver 4
Lucas 18 ver 2 2 corintios 4 ver 1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 03 RUTA: 033356 BIMESTRAL

10181390	10453973710
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 08:38:37	FEB/03/2026 11:08:12

¡Hola!

Factura a nombre de
JAIME ENRIQUE GARZON JIMENEZ

Dirección del predio
CL 16H BIS A 103A 75

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 IBEROVITA Tipo VELOCIMC
Serie 0909180057742 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 más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena. NIT. 800.153.994-6

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 6m³



En este período consumiste más agua que en el anterior

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

En este período	Promedio al día
7.000	115

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	1559	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1551	Base promedio	
Tu consumo este período	7	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	BERCONTA	Tipo	VELOCIMETRICO
Serie	05018805 1742	Diámetro pulgadas	¾

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	
$38.617,09	+	$31.263,03	+	$1-	
A		B		C D E F	

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

Escanea y paga virtual

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

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

= **Total a pagar** $69.880

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 3eaac5945b074ea5bc0674b393be03277e08ab03b075a0b2bde7103a3959851591c7edcafe728aa870196704402487403

DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 9-1105100-10 EAB-ESP

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

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	$9.795,82	-15	$2.939-	$8.336,29	$16.652,24
Consumo residencial básico (m³)	7,00	$3.691,55	-15	$3.876-	$1.137,82	$21.964,85
Consumo residencial superior básico (m³)	-					
Cargo fijo no residencial (mes)	-					
Consumo no residencial (m³)	-					
Subtotal				$6.815-		$38.617,09

B Alcantarillado

	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.898,05	-15	$1.387-	$3.957,64	$7.915,30
Consumo residencial básico (m³)	7,00	$3.833,00	-15	$4.130-	$3.335,30	$23.347,93
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$5.517-		$31.263,03

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

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico. Ley 99 de 1993

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$36,81	$91,15
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$188	$638

ⓘ El Mínimo Vital es un derecho 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, 2 y 3 que hagan uso del servicio de acueducto. [illegible]

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$1-
Subtotal	1-

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 bancarios

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE: Consulta direcciones y horarios de oficinas en www.baloto.com/cadevirtual/es

LA EAAB-ESP hace convenios con los siguientes bancos: Popular, Occidente, Av Villas, Bogotá, Sudameris y Corp

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$69.880

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor cajero: Si en el desprendible de abajo aparece sello y sticker de radicación, reciba solo Acueducto. (Este pago sólo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en ventanilla empresarial bancaria).

27354

95388 47085 2/2

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIO ... Y FELINAS

Expiry-Date:2030/09/02

HISTORIA CLÍNICA	MICROCHIP: SI	FECHA:
HC- 110 (Número de Historia clínica)	900255003232246 (Número de Microchip)	31-03-26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Durazno			COLOR:	Pardo
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	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 X MIXTO ___ OTRO ___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Cristina Baron Mateus		DIRECCION: KR 123 13C 85	TELEFONO: 3002995023
CEDULA: 52863941		CORREO ELECTRONICO: mariacristinabaron13@gmail.com.	
BARRIO: El Charco II	ESTRATO: 0	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
142 l/m	40 r/m	39.1 °c	2 seg	ROSADOS

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

HALLAZGOS ANORMALES: ___

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiologo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___ para la realizacion 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, 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
MCBM	52863941

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.863.941
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-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

enel Bogotá

Enel Colombia S.A. E.S.P.
NIT 830.032.878-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 3

Factura y recibo de cobro

2795365-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 30188160S-5

PRADERA DE FONTIBON ET 4
KR 123 NO 13 C 85 CA 301
0
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO II

16 347 7646 / 4025023

Activa

PERIODO FACTURADO:	DÍAS FACTURADOS:	CONSUMO MES
29 OIC 2025 A 29 ENE 2026	32	177 kWh

VALOR kWh APLICADO: $795,09

CONSUMO DIARIO: 5,69 kWh

VALOR DIARIO: $5.311

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Asegúrate de consumir de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la App Enel Colombia o en nuestra sitio web enel.com.co

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



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA KW:	4,55
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000910347646
RUTA LECTURA:	0295021201
SECUENCIA DE LECTURA:	165
MEDIDOR NO:	4025023
SUBCLASE:	Otros

CONTACTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 5 125 115

115 Opción 1

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROACTIVA AMBIENTAL DISTRITO E.S.P. E.I.C.	KR 4 No. 6A-45
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6-18 - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL E.S.P.	Calle 170 # 58-20 Of. 1702/1703

Línea de servicio al cliente 110

Comparte la magia de la energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en: www.enelcolombia.com/enlas-acciones "Comparte mi energía"
Aporte sugerido: $16.675

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 01:04:48
FECHA EXPEDICIÓN: 30/01/2026 11:16:11

$166.750	$0	$22.010	$188.760	03 FEB /2026
				05 FEB/2026

ENERGÍA 2795365-6 18 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $166.753

Ajustes a la decena

SUBTOTAL: $-3

$166.750

$0

ASEO CALIDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P 3 830049122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	11767507	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	381681425-5	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.12.2025 a 19.01.2026	

	2025	2026
Jul	19692	20177
Ago	20776	
Sep	20955	
Oct	20691	
Nov	20516	
Dic		

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$98.690
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-14.676
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREE	$-4

DATOS DEL USUARIO

TRATAMIENTO: Residencial

USUARIOS	Duchas	Duchas ocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

	COSTO UNITARIO
BARRIDO	0.00295518
LIMPIEZA URBANA	0.00688611
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO	0.00001113
ESCOMBRERA NO APROVECHADAS	0.00120324
RECHAZO NO APROVECHABLES	0.00
APOYO NO APROVECHABLE	0.00

COSTO EJIDO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$20.839,29	$6.863,61	$157.722,57

USOS ESPECIALES	$22.010
0	APORTE NO RESIDENCIAL 0%
	APORTE RESIDENCIAL 0%
	SUBSIDIO 40%

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $0.00

NÚMERO DE CUENTE
2795365-6

Documento Equivalente Electrónico No.
381681425-5

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

TOTAL A PAGAR
$188.760

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- 111 Número de Historia clínica	MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003232489	FECHA: 31 marzo 2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: TOM				COLOR: Pardo	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 7 0 M	PESO: 4-8 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Lucia Gamba		DIRECCION: KR 123 13C 85	TELEFONO 3102662648
CEDULA: 41758543		CORREO ELECTRÓNICO: 3102662648 @ sin correo.com.	
BARRIO: El Charco II	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Septimo	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___
N/A	Enero 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: Enero 26 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: 28 r/m	TEMPERATURA: 37.9 °C	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.1 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.)	0.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 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: 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 MEDICA 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 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:
Mariluz Yulio Cuello	41758543

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:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
41.758.543

GAMBA

MARTHA LUCIA

Martha Lucia



09-MAY-1959
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
1.62 O+ F
09-NOV-1977 BOGOTA D.C.

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 368730234-3

enel

Para pagos y consultas Número de factura: 2782718-2

No. Medidor: 22265975

¡Hola!

PRADERA DE FONTIBON ET 4
KR 123 NO 13 C 85 MZ 3 CA 40
0
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO II

Pago oportuno 17 ABR 2026

Fecha de suspensión 20 ABR 2026

Tu próxima lectura 17 ABR 2026

Periodo Facturado
Del 19 FEB 2026
al 19 MAR 2026
30 días

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 1 3 16 347 9526 Carga kW: 6.00 Estrato: 2

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 16 347 7546

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Cambia tus bombillas LED. Disfruta de espacios cómodos 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 Enel

Bogotá 360 0070
Barrios fuera de Bogotá
Enel Colombia
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
Disponible las 24 horas
Zona privada de tu 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 110

Estafas a primera vista.

Si encuentras una estafas relacionada con el cobro de tu factura de energía:

Mándanos tu denuncia a nuestro WhatsApp

Denúncialo en el sitio web de pago

Ubícanos como Enel oficial en www.enel.com.co

Bloquea, reporta y elimina estafas

Regístrate y paga únicamente en el sitio web Zona Enel en el botón

¿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

Red física

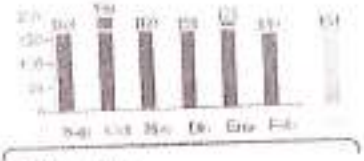
RED CADE

Centros de servicio enel

Corresponsales Bancarios

Reval

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 368730234-3



Costo kWh energía

Generación + Transmisión + Distribución + Costo Variable + Pérdidas +

Costo kWh Rbja + Agencia: PBB 3000

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

Este cielo la energía que distribuyen. Incluido $2.000 ahorro

$91.460

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato 11367188

Documento equivalente electrónico No. 9987902224-3

Periodo de facturación 19.02.2026 a 18.03.2026

Días liquidados

Datos usuario

Estrato 3

FREC. Residual 3

FREC. Ramal 6

Tipo producto: Residencial

Unidades	Diferencias	Diferencia pacha
Residenciales	1	0
No. Residenciales	1	0

Costos para tarifas

Histórico de facturación

Transitorios por conceptos

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO SERVICIO RESIDENCIAL	$28.625
ASEO CONSUMO DE SUSCRIPCIÓN	$ 14.000
ASEO BARRIDO Y LA CADENA RBB	11
ASEO RECALIBRACIÓN APROVECHA	$1.000

525.220

Mensajes de interés

Calidad del Servicio

Documento electrónico

FONTIBON | 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 - 117 (Número de Historia clínica)	900255003229745	31 marzo 2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Fili				COLOR: naranja	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 7A	PESO: 4.4 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Luisa Meriño Albor	DIRECCION: Kr 123 13D 47	TELEFONO: 3227796405	
CEDULA: 1010241746	CORREO ELECTRÓNICO: analuisamerinoalbor@gmail.com		
BARRIO: Charco	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___
N/A	Dic/25	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: 02-0255 TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa Dic/25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 44 r/m	TEMPERATURA 38.2 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: ___

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su 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 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 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 autorico al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X___ o **RECHAZO**_____**la declinación de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por 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:
	7010291746

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:

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.010.241.746

MERIÑO ALBOR

ANA LUISA

COL 1.53 F

01 SEPT 1988 O+

VALLEDUPAR (CESAR)

21 SEPT 2016. BOGOTA D.C.

08 JUL 2035



ICCOL0649104648150O1<<<<<<<<<<
9809011F3507083COL1010241746<9
MERINO<ALBOR<<ANA<LUISA<<<<<<<

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

54

¡Hola!

FULVIO TORRES
KR 123 13D 47 C54 00001 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007109-475345

Lote: P15GN **Ruta:** 0011840251170009000 **Código del Sector:** 437

Cuenta o referencia de pago **62343450**

437
0011840251170009000
74105
C1

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.779.943**

vanti Listo



Participa y gana uno de los
50 BONOS DE $1.000.000
por compras iguales o superiores a $2.500.000 haciendo uso de tu cupo Vanti Listo en tiendas aliadas.

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 695 4795

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 comunicaciones de acuerdo a la ley 2300 de 2023

Factura de gas | Diciembre 2025

Cuenta referencia de pago **62343450**

BOGOTÁ

vanti

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1 Pago oportuno	2 Fecha de suspensión	3 Periodo facturado	4 Emisión de tu factura
14 Ene. 2026	15 Ene. 2026	Nov. - Dic. 2025	24 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad (Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CONSUBSIDIO	12M3	2.934,15	0.00	35.209,80
MENOS SUBSIDIO (83%)	1UN	-11.888,00	0.00	-11.888,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,71	0.00	1,7
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	286,11	0.00	286,1

1 – Total **$23.809,97**

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1,78 % Vista RPO Cliente Residencial	21/24	3.940,03	286,11	3.940,03

2 – Total **$3.940,03**

3 – Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$27.750,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Dpto Dias de consumo 28

Fecha	Lectura	Tipo
22 Nov. 2025	2771	REAL
19 Dic. 2025	2786	REAL

m³ corregido= 2786 - 2771 * Factor de corrección = 12

Tu próxima lectura será **Entre 18 y el 23 de Enero**

Novedades de tu factura

Cuota $ 2570,20

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 **30 Abr. 2029**

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

Sep. $2719 Oct. $2748 Nov. $2745

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



(415)7709990026025/8[illegible] (3900)0000000027750

74106

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- 113 (Número de historia clínica) | MICROCHIP: 900255003232840 | FECHA: 27-03-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lulo | COLOR: Blanco / Paido

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 7A | PESO: 3.5 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Yaneth Rincon Galvis | DIRECCION: Kr 111 19A 80 | TELEFONO: 3114738900

CEDULA: 52711130 | CORREO ELECTRÓNICO: rincon sandrayaneth @ gmail.com

BARRIO: Saturno | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: N/A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Feb/26 | INT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINO: PARVO: ___ TRIPLE: dd/mm/aaaa | PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa | HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa | TRIPLE FELINA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa

REFUERZOS: Feb/26 | TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa Feb/26

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS NEUROLOGICOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 38.2 °C | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: ROSADAS

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.7 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.8 mL	5-7mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0,6mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirurgico 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

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 sorc 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 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:	Nro. de Identificación:
Dallmi	52911130

Yo,_____identificado con CC. No.:_____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistoctomia / 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 52.711.130
RINCON GALARZA
SANDRA YANETH
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 12-DIC-1980
MADRID
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
26-ENE-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

¡Hola!

JANETH PATRICIA VELASQUEZ
KR 111 19A 80 02 - SATURNO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007116-3138645

Lote: P08GN **Ruta:** 0011020005161005000 **Código del Sector:** 325

Cuenta o referencia de pago **63015495**

vanti Listo

Cambia

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti Listo

Lista



Participa y gana uno de los
50 BONOS DE
$1.000.000
por compras iguales o superiores
a $1.000.000 haciendo uso de tu
cupo Vanti Listo en tiendas aliadas.

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

KTRONIX Exito

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 8121
Bucaramanga (607) 665 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea
https://wi.gnpvanti.com/

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

...cturo de gas Diciembre 2025

Cuenta referencia de pago 63015495

vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno **31 Dic. 2025**

2 Fecha de suspensión **01 Ene. 2026**

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

4 Emisión de tu factura **17 Dic. 2025**

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA (C)	Subtotal B+(A*B)+C
CONSUMOGAS	15M3	2.670,50	0,00	39.957,50
FIJO	1UN	4.182,00	0,00	4.182,00
AJUSTE DECENA	1UN	-4,91	0,00	-4,91
RECALIDOTERCEROS Seguro Vida Deudo	0	18.634,00	0,00	18.634,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	107.467,59	0,00	107.467,59
VantiMax Gas 2	1UN	11.354,12	2.145,88	13.500,00

1 - Total **$182.276,17**

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuotas Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1,78 % VAMovilidad Vanti	1/20	253.973,83	107.467,59	253.973,83

2 - Total **$253.973,33**

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

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$436.250,0**

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. 3 (m) Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
12 Nov. 2025	2815	REAL
11 Dic. 2025	2835	REAL

m³ corregidos = 2835 - 2815 * Factor de corrección = 15

Tu próxima lectura será **Entre 07 y el 12 de Enero**

Novedades de tu factura

Estimado cliente recuerde que debe entre Oct/2025 y el 31/03/2026 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/04/2026 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Mar. 2026

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

Tu cuota con el gas este mes es de $2571.

Sep. $2715 Oct. $2746 Nov. $2742

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

Componentes tarifarios

Cu: $23.73 Ba: $8257 Dm: $88.11 Cm: 2290.5

P: 95.05 Cuev: 0.0 Cuvm: 2182.0 Cuvp: 25765

Cuc: 0.0 Tpem: 42.512 DALIN: 0.0 DALMP: 0.0

Usted TU consumió el m³ de gas mas facturado: 177

Este y el mes anterior fue de $/m³ en: $263.406

Factor de corrección

Uno: 29 Agu: 0.96207 Pr: 1.00000 Pc: 1.17211

Mes: 15 Tm: 11.05 Tc: 15.54 Pm: 1.00000

Pc: 0.712 Pm: 0.929 T pm: 1.0

Factor de corrección: 0.72211

Indicadores de calidad

PSC: 100.0 ECU: 0.0 ID: 100.0 IPS: 100.0





(415)7709998026025(8020)63015495(3900)000000436250

Factura No. 2118172332345

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZAC[illegible] CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: HC - 114 (Número de Historia clínica)

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003232824 (Número de Microchip)

FECHA: 31 marzo 2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Mono			COLOR: amarillo / blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 1 A	PESO: 4 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO___ OTRO___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Milena Perez Rojas		DIRECCION: KR 123 148 08	TELEFONO 3758572803
CEDULA: 1014210778		CORREO ELECTRÓNICO: Sandrita1405 77@hotmail.com.	
BARRIO: Charco	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
N/A	NR	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa PABLA: 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: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 36 r/m	TEMPERATURA: 38.7 °C	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ~~~~

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.8 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.9 mL	5-7mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ~~~~

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	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__ / **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 el manejo de mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	No. de identificación:
- Sandra Perez	1014210778

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.014.210.778
PEREZ PEÑAZA

APELLIDOS
SANDRA MILENA

NOMBRES

Sandra Perez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-ABR-1990
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
19-MAY-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

vanti

CONSTRUCTORA LATERIZIO SAS CONSTRUCTORA LATERIZIO SAS
KR 123 14B 8 T05 00804 - CHARCO
BOGOTA

Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.

Medidor Gas No. 5007116-3240990

Lote: P16GN **Ruta:** 00118400837700098100 **Código del Sector:** 437

Cuenta o referencia de pago **62816062**

00118400837700098100 57850

vanti listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

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) 397 8121
Bucaramanga (607) 685 6755

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

Factura de gas

Febrero 2026

Cuenta o referencia de pago **62816062**

vanti

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. SIN SUBSIDIO	40M3	2.551,41	0,00	102.056,40
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	2.947,43	0,00	58.948,60
MENOS SUBSIDIO (33%)	1UN	-19.612,20	0,00	-19.612,20
AJUSTE DECENA	1UN	-2,60	0,00	-2,60

1 – Total **$141.390,00**

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 **$141.390,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat. Dos — Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
21 Ene. 2026	1166	REAL
19 Feb. 2026	1244	REAL

m³ consumidos= 1244 - 1166 * Factor de corrección = 00

Tu próxima lectura será

Entre 16 y el 21 de Marzo

Novedades de tu factura

Cuota $ 2951,31

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $82.550

(415)7709999026025(8020)62816062(3900)000000000141390

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria:

27 Feb. 2027

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad





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 - 115 (Número de Historia clínica) | MICROCHIP: 900255003232559 | FECHA: 31 Marzo 2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: TOMMY | COLOR: Naranja

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: mestizo | EDAD: 1A | PESO: 3.5 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Harlen Ines Tejada Ricardo | DIRECCION: Cl 23D 107-21 | TELEFONO: 3182738685

CEDULA: 1010 188 405 | CORREO ELECTRÓNICO: mtejadaricardo@gmail.com

BARRIO: Versalles | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 136 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 38.2 °C | TLC: 2 SEG | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ~

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.8 ml	5-2mg/kg IV
		ml	
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ~

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

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 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:
	1010188705

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



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-ENE-1988

MONTELIBANO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

06-FEB-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00945029-F-1010188405-20171010 0057998349A 1 9910132056

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.010.188.405

TEJADA RICARDO

APELLIDOS

MARLEN INES

NOMBRES

FIRMA



DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 3889059516-2

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **4845398-0**

No. Medidor: **420125**

48014

No. Cuenta 4845398-0 48014 11.804 - Página 1 de 2

¡Hola!

OSCAR ANDRES ALVAREZ GARCIA
CL 23 D NO 107 21 AP 201
APARTAMENTO 201
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

PAPEL ECOLÓGICO

Pago oportuno 06 ABR /2026

Fecha de suspensión 08 ABR/2026

Tu próxima lectura 15 ABR /2026

¡Estamos cuando nos necesitas! Accede a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO en cualquier momento y gestiona todo lo que necesites.

Periodo Facturado
Del 18 FEB/2026 al 18 MAR/2026
30 Días

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 1 3 15 310 0058 Carga kW: 3,01 Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básico

1 3 15 311 8749 @

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, enredados o de chispas.

Contáctanos | Puntos de atención Enel



316 890 6003 (Bajo Costo Asesor)
Enel Colombia
601 5126 115
@EnelClientesCO
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
Energía con Vida: Gratuito 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
Avenida Boyacá # 6 B - 36
Línea 110

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 · tpaga

Red distrital RED CADE

Centro de servicio CADE (Unicamente Chía, Girardot y Facatativá)

Corresponsales bancarios

CONRED · efecty · Reval · Sistecredito · HOMERED

LA TARJETA DE LA CIUDAD



En la compra que siempre quisiste.

¡DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA!

ES MUY FÁCIL

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

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

Te devolvemos hasta $120.000 en tu siguiente factura de ENEL.

Paga tu tarjeta en compra 6 meses.

Escanea este QR para conocer el punto más cercano

11.804 - Página 2 de 2



CON EL CLUB
CRÉDITO FÁCIL COOENSA
RECIBES
20% DE DESCUENTO
POR COMPRAS EN:
RESTAURANTES,
ESTACIONES DE SERVICIO
Y CINES.
MONTO MÁXIMO DE DEVOLUCIÓN POR TRANSACCIÓN: $20.000

Escanea este QR e Inscríbete GRATIS

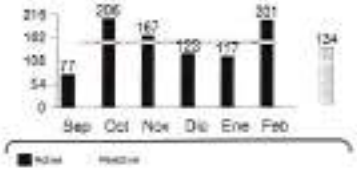
cupón para todos los tarjetas
Crédito Fácil COOENSA

No. Cuenta 4845389-0 48014 11 MB - Página 2 de 2

CUDE: ed4b4b0f2f1ec7596b0f0f0ef87b3f9b8b4b4f2f961d9b0d2d3f1a8f3f9f8c2f0d1f7f1f8baa81e4f4f4a2b0d1e1a7f0d0a87

Total energía $95.510 — Total $35.970 — Total a Pagar $131.480

Comportamiento consumo



Detalle Consumo

134 kWh
169 kWh
$834.12
4,02 kWh
$3.209

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

Generación + Transmisión + Distribución +Costo Variable + Pérdidas +
$332,90 $80,62 $289,89 $75,02 $67,33
Restricciones + Costo Fijo = $834,12
$10,26 $0,00 Costo kWh Mes Vigencia: FEB2026

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

Este mes la energía que disfrutaste, te costó $3.393 diarios

16.033	15.899	134	1	0h	0h	$834,12	$111.772
0	0	0	0	0	0	$0,00	$0
Cons. a subsidiar: 0,00 kWh	$	Valor kWh: $0,00	$	Beneficio: 0,00 %			$0
							$95.510

$95.507

Otros cobros (gas, agua, aseo...)

SUBTOTAL: $0

$95.510

Otros cobros de productos y servicios

$0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $153.863

Informamos que en no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil COOENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, esta generará un reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza o la mora supera 10 días y se realiza gestión de cobro.

Aseo — 9300481229

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato 12322855

Documento equivalente electrónico No. 388609516-2

Periodo de facturación 19.02.2026 a 18.03.2026

Días liquidados

Datos usuario

Volumen	8,9000	Estrato	3
Densidad		FREC. Recolección	3
% Participación	0%	FREC. Barrido	3

Tipo prestación: Residencial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No Residenciales	0	0

Costos para tarifas

$30.327,70 $7.229,89 $167.758,47

Histórico de facturación

Toneladas por suscriptor

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$30.328
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-3.109
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREG	$-1
ASEO - REFACTURACIÓN APROVECHA	$4.751

Mensaje de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 35.970,00

$35.970

Calidad del Servicio

Duración interrupciones (Horas)

SAIDI: 11,51 Límite: 11
SAI: 0,10 IAD: 0,00
Skipr: 0,00 VC: 0,00
TMO: 4,00 CSC: 0,00

Frecuencia interrupciones (Eventos)

FMO: 12,00 DF: 357,90
FSI: 1,00 CF: 117,00000
FSIAS: 0,00 MC: 0,00
TTC: 0,00 MF: 1,00
No: 0,00

CO: 2334870 PERIODO: 202601

Documento electrónico

Para pagos y consultas tu número de Servicio es: 4845389-0

$131.480

(415)7707209914253(8020)0014845389(3900)0000001214(8

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 - 116 (Número de historia clínica)

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003232919

FECHA: 31/03/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Romeo

COLOR: Atigrado

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 6M PESO: 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 ___ MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Carolina Gutierrez Acosta

DIRECCION: Cl 15 119A 60

TELEFONO: 3242189210

CEDULA: 53029923

CORREO ELECTRÓNICO: Karenromero3029@gmail.com

BARRIO: Charco 1 ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: ___

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NC

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

CANINOS: ARVO: 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 PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m F. RESPIRATORIA: 36 r/m TEMPERATURA: 38.3 °C TLLC: 2 seg MUCOSAS: Rosada S.

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	04 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	08 mL	5-7mg/kg IV
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 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 MAYOR DE BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento 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, la 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:
Diana Gutierrez	53029923

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

Nombre del responsable/Tenedor: CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 53.029.923
GUTIERREZ ACOSTA

APELLIDOS
DIANA CAROLINA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-1984
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
13
1.57
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
04-MAR-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 386722838-6

enel Bogotá

Para pagar y consultar tu factura en línea ingresa a: 2670115-3

No. Medidor: 2801997

¡Hola!

CANALES ANDRADE Y CIA S EN C
CL 15 NO 119 A 60 TO 9 AP 401
ESTANCIA CAMINO SALAZAR
BOGOTA D.C. - EL CHARCO I

Pago oportuno
[illegible]

Fecha de suspensión
[illegible]

Tu próxima lectura
[illegible]

Periodo Facturado:
Del 19 FEB/2020
al 19 MAR/2020
30 días

¡Este mes tuviste menos días en LECTURA DE TU MEDIDOR y no CONSUMO [illegible]

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 1 3 16 304 0600 Carga kW: 0.00 Cantón: 2

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 16 303 1722

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

018 000 51705
Elena Bot o Asesor

603 5615 115

Gratuito las 24 horas

Zona privada de tu página Web

App Enel Clientes Colombia

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

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

Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 195

Estufas a primera vista.

[illegible]

¿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 daviplata tpago

Red física

RED CADE

Centro de atención

Corresponsales bancarios

Con Red Efecty Baloto Revol Su Red Efecty Su Red

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 CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
HC - 117 (Número de Historia clínica)	900255003232337	31/03/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Carrospin			COLOR: Negro - blanco	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 5M	PESO: 3,1 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jonathan Lopez Lopez		DIRECCION: KR 123 14B 70	TELEFONO: 3165781934
CEDULA: 80800503		CORREO ELECTRÓNICO: jonathanrazor182@gmail.com	
BARRIO: Charco	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Universitario	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
NA	01/26	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. 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 PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
142 l/m	28 r/m	38,2 °c	2 seg	Rosada 5

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 ml.	5-7mg/kg IV
		— ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN G S.P.B.	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiologo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirurgico 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 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	N° de identificación
	80800503

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **80.800.503**

LOPEZ LOPEZ

APELLIDOS

JONATHAN

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **08-JUN-1984**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

19-SEP-2002 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



A-1500150-01-466157-M-0080800830-20200110 0143B0940A 1 851407149A

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 385728417-0

Para pagos y consultas ingresa con el código de cliente: **4600327-2**

No. Medidor: **174683**

¡Hola!

ALIANZA FIDUCIARIA SA
KR 123 NO 14 B 70 TO1 AP 701
TORRE 1 APARTAMENTO 701
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO I

Pago oportuno
17 ABR 2026

Tu próxima lectura
17 ABR 2026

Periodo Facturado
Del 19 FEB 2026
al 19 MAR 2026
30 días

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 3 16 321 1667 | Carga kW: 3.00 | Estrato: 2

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 16 383 4564

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 para personas naturales

316 890 0001
Bárbara Bot o Asesor

Email Colombia

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

Disponible las 24 horas

Zona privada de tu página Web

App Enel Clientes Colombia

Oficinas de servicio

Avenida Boyacá # 6 B - 30

Línea 120

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

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

Estafas a primera vista.

Si encuentras estas señales sospechosas con el cobro de tu factura de energía:

- Mensajes donde amenacen con suspensión.
- Descuentos en el valor a pagar.
- Enlaces con links o páginas diferentes a www.enel.com.co

No es Enel, no son datos.

Regístrate y paga

Más consejos

¿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

Medios virtual

Nequi MOVII ciclo

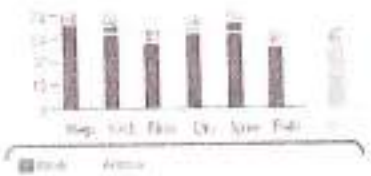
Red física: RED CADE

Centros de servicio enel

Corresponsales bancarios

CONRED efácil Reval

39007 Página 1 de 2



SUBTOTAL

$23.120

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato 12222067

Documento equivalente electrónico No. 388728417-0

Datos usuario

Cortes para tarifas

Histórico de facturación

Estado de cuenta

Concepto	Valor

$25.220

Mensajes de interés

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- 118 (Número de Historia clínica) | MICROCHIP: 900255003232326 | FECHA: 31/03/26

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Copito | COLOR: Blanco

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

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Andres Alfonso Avila Ascencio | DIRECCION: KR 123 14B 70 | TELEFONO: 3132786531

CEDULA: 80202600 | CORREO ELECTRÓNICO: Fonsito.avila2@gmail.com

BARRIO: Chanco I | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
140 l/m	30 r/m	38.1 °c	2 seg	Rosada S.

OBSERVACIONES: ____

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICAION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.6 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ____

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	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 o incluso la muerte.

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de identificación:
Andres Avila	80202600

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. Identificacion:	FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

80.202.600

AVILA ASCENCIO

ANDRES ALFONSO





acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 53 RUTA: 533721 BIMESTRAL

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.000.904 - 1

NAG
Natasha Avendaño Garzo
Facilitadora de Legal

12257191
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

41467737015
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
ALIANZA FIDUCIARIA FIDEICOMISO

Dirección del predio
KR 123 148 70 TO 5 AP 301

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 UNIF Tipo VELOCIMETRO
Serie 15-6452612 Diámetro pulgadas ½

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 05:39:03	FEB/05/2026 06:19:54

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena

30321 83275 41268

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue [illegible] m³



	JUL-SEP	SEP-NOV	ULTIMO
[illegible]	$59.065	$115.382	CONSUMO

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
22.000	373

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	585	Facturada con	Consumo Normal
Lectura anterior	563	Base promedio	
Tu consumo este periodo	[illegible]	Descarga fuente externa	
		Consumo compensado	

Datos de tu medidor

Marca	JAPZ	Tipo	VELOCIMETRO
Serie	15-6452510	Diámetro pulgadas	

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Aprovechar el agua lluvia para [illegible]
- Reutilizar el agua del enjuague de la lavadora para lavar el patio
- Revisar que las tuberías de tu casa o negocio no tengan fugas o escapes

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros
$60.363,78		$57.218,12		$62.697
A		B		C D E F

Consulta el detalle de estos cobros en la tabla con corte de abajo

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del periodo

Promedio de la TRM del mes a la DIAN en el periodo facturado

= **Total a pagar** $180.280

CUDC (Código Único de Documento Electrónico): [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	$9.795,82	-40	$7.837-	$5.877,37	$11.754,74
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.662,57	-40	$32.407-	$2.209,54	$48.609,94
Consumo residencial suntuario básico (m³)	-					
Cargo fijo no residencial (mes)	-					
Consumo no residencial (m³)	-					
Subtotal				**$40.244-**		**$60.363,78**

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.656,05	-40	$3.725-	$2.793,63	$5.587,10
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.911,41	-40	$34.429-	$2.348,85	$51.631,02
Consumo residencial suntuario básico (m³)	-					
Cargo fijo no residencial (mes)	-					
Consumo no residencial (m³)	-					
Subtotal				**$38.154-**		**$57.218,12**

* Corresponde a consumos de hasta 11m³ mensuales (22m³ bimestrales). **(+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1,2 o 3.
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, se agrega un %.

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y suntuario básico facturado

	Tasa Uso (Resolución)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$18,93	$66,34
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$418	$1.478

[illegible]

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$0-
Dcto. mes vital total	$25.018-
Intereses de mora	$900
Subtotal	**25.018-**

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	$66.315
Subtotal	**$66.315**

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, App y de Botones

Puntos de pago: Nequi, Daviplata, Dale, Efecty, Puntored

Red CADE: Consulta los puntos de pago más cercanos en [illegible]

La FAMEP no tiene convenio con los puntos de pago Bancos, Puntos Corresponsales, Efecty, Puntored, Supermercados y Otros

---

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$180.280

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO
FACTURA DEL SERVICIO PUBLICO No.
Solo copia. Si no el pago debido de este aparece en la factura de acueducto, acceda a Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en una cuenta especial bancaria).

30321

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 - 119 (Número de Historia Clínica)	900255003232909 (Número de microchip)	31/03/26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Orion			COLOR:	Negro
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 10M	PESO: 4,6 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: Emilce Rios Villamil	DIRECCION: Cl 19 N° 119-21	TELEFONO: 3144093838	
CEDULA: 52.485.072	CORREO ELECTRÓNICO: riosemilced@hotmail.com		
BARRIO: San Pablo Jerico	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X
NA	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	40 r/m	38,2 °c	2 seg	ROSADAS

OBSERVACIONES: ~

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,5 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml	5-7mg/kg IV
		1 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	03 ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.5 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ~

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	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:
Emilce Rios	52485072

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. PAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

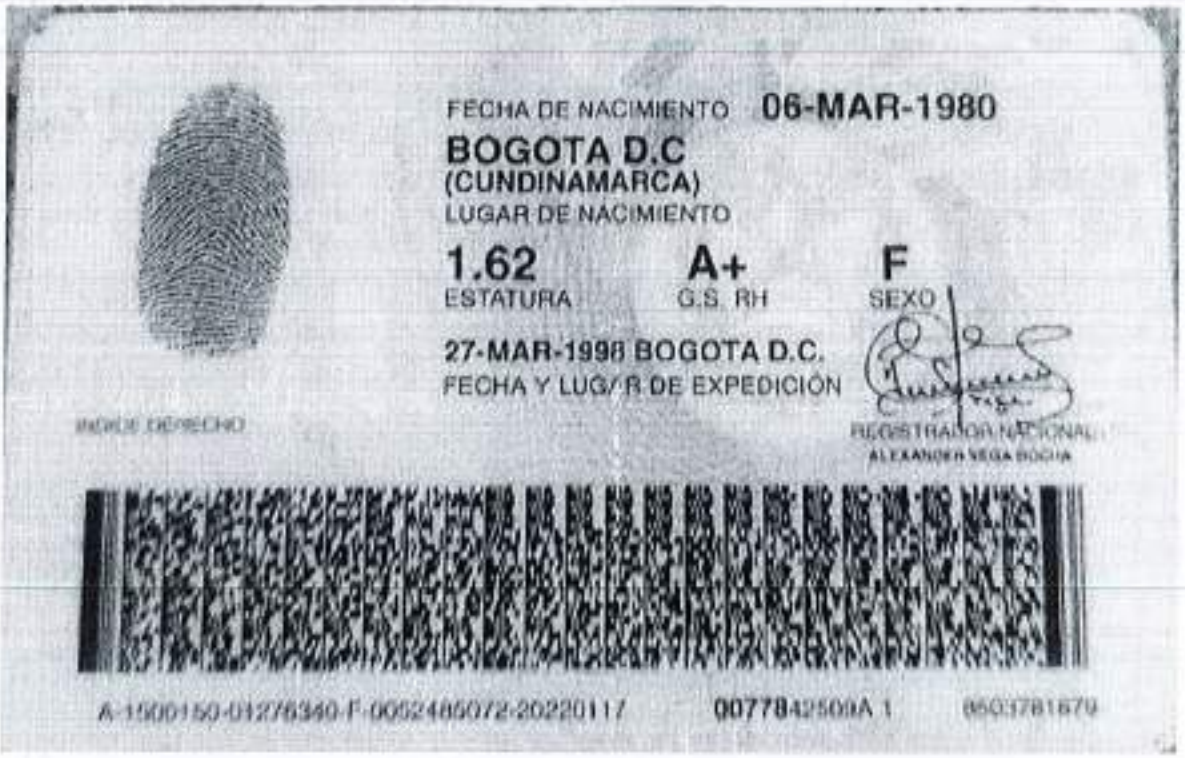
AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

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:



FECHA DE NACIMIENTO 06-MAR-1980

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

27-MAR-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01276340-F-0052485072-20220117 0077842509A 1 8503781679



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.485.072
RIOS VILLAMIL

APELLIDOS
EMILCE

NOMBRES

Emilca Rios
FIRMA

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 388740932-7

enel | Bogotá

Para consultas y pagos en línea ingresa con: **0409134-2**

No. Medidor: **24201896**

¡Hola!

BLANCA NUBIA PEA OSPINA
CL 18 NO 119 21
BOGOTA, D.C. - SAN PABLO JERICA.

Pago oportuno
Hasta el 19 FEB/2026

Fecha de suspensión
A partir del 20 FEB/2026

La próxima lectura
17 ABR/2026

¡Este es tu único 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 16 203 6101 Carga kW: 7,00 Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial |Subclase: Básica

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

1 3 16 318 6713

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Ilumina con tecnología LED. Disfruta de espacios brillantes y acogedores y muestras ahorros energía todos los días.

Inscríbete a factura virtual

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

Conoce en la Red de Atención Enel

316 380 6116
Bogotá Fuera de Bogotá

601 8915 115

Enel Colombia

@EnelClientesCO

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

Entre semana 24 horas
Fines de semana y festivos 24 horas

Requisitos para ser atendido en la página Web

App Enel Clientes Colombia

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

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

CHORRO LIVE S BOGOTA S.A. E.S.P.
Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 110

Estamos a primera vista.

Si eres de los que **odian perder** oportunidades con el pago de tu factura de energía

Recibe recordatorios de vencimiento vía Whatsapp

Encuentra descuentos al hacer tu pago

Usa el QR que llevará a pagos diferentes en enel.com.co

Registra tu pago de manera segura en la Zona Privada en

¿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
Únicamente Chip, Glosario y Facturación

Corresponsales bancarios

CONRED · efecty · Red Multiservicios

LA TARJETA CIUDAD



En la compra que siempre quisiste.

¡DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA!

ES MUY FÁCIL

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

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

Recibe un reembolso hasta $100.000 en tu siguiente factura de ENEL.

Plazo mínimo de compra 6 meses.

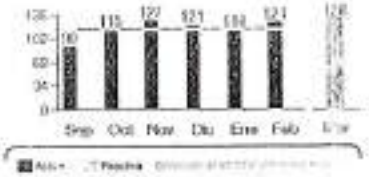
Escanea este QR para conocer el punto más cercano

Con
LA TARJETA CIUDAD

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
MONTO MÁXIMO DE DEVOLUCIÓN POR TRANSACCIÓN:
$20.000
Escanea este QR e Inscríbete GRATIS
Aplica para todos los tarjetahabientes Crédito Fácil CODENSA

Total a Pagar $90.750 + Otros $71.940 = Total a Pagar $162.690

Comportamiento consumos



Estado de cuenta

Consumo mes anterior	138 kWh
Consumo promedio	115 kWh
Valor factura mes anterior	$834,12
Consumo diario	4,41 kWh
Valor diario	$3.139

Calidad del servicio

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 $288,89 $75,00 $87,35

Restricciones + Costo Fijo = $834,12
$39,26 $0,06 Costo kWh Mes Vigencia: FEB/2026

En Dolar-ola las tarifas son reguladas por la Comisión de Energía y Gas (CREG)

Calculo consumo de energía

Este mes la energía que disfrutaste, te costó $3.139 diarios

Lectura actual	Lectura anterior	Diferencia de lectura	x	Factor de corrección	=	Energía consumida	Costo Energía	Total Energía
90.983	90.845	138	1	138	138	$834,12	$115.152	$115.152
0	0	0	0	0	0	0,0845	$0	$0

Cargo a subsidiar 138,00 kWh x Valor kWh $834,1172 x Subsidio -15,00 % = $-17.573

ESTRATO 4 CLIENTE Tipo de usuario para el cálculo de subsidios y contribuciones -15,00 % $98.758

Otros cobros asociados a esta factura

Aparato de la decena

SUBTOTAL $0

Total Otros Cobros $90.750

Otros conceptos facturados a terceros

Total Servicios $0

Tan en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $151.083

Informamos que de no recibir el pago de esta oportunidad, CANDELARIA COGENERACIÓN EN la fecha de PAGO OPORTUNO, sin embargo en mes, ante la cual se realiza reporte negativo a las bases de información financiera y cobro por pagos de extremo y la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

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

Número para cualquier consulta

Ciudad Limpia

Cuenta contrato 100399895

Documento equivalente electrónico No. 3887H 332-7

Periodo de facturación 19.02.2026 a 18.03.2026

Cuenta no residencial 0%
Aporte voluntario 0%
Subsidio 15%

Base liquidación

Datos usuario

Volumen	2.9900	Zonas	3
Densidad		FREC Recolección	3
% Participación	0%	FREC Barrido	1

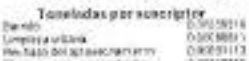
Tipo prestación: Residencial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	8	0
No Residenciales	0	0

Costos para tarifas

$91.046,46	$11.464,08	$102.730,57

Histórico de facturación



Toneladas por suscriptor

Barrido	0,0013016
Limpieza urbana	0,0018851
Recolección de residuos no aprovechables	0,0051113
Recolección de residuos aprovechables	0,0021899
Residuos no aprovechables	0,04
Residuos aprovechables	0,02

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$79.656
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-11.075
ASEO - AJUSTE A LA DECENA (ASE)	$-2
ASEO - RECLASIFICACIÓN APROVECHA	$-1.581

Mensaje $71.940

Mensajes de interés

SIN PERMANENCIA DEUDA TOTAL: 71.940,05

Calidad del Servicio

Duración Interrupciones (Horas)		Frecuencia Interrupciones (Eventos)	
DMO: 11,67	Límite: 11	PMO: 15,58	IDI: 357,05
PMI: 0,00	IMO: 0,00	PMI: 0,00	IDA: 11,67000
PMA: 0,00	MO: 0,00	PMA: 0,00	MO: 0,00
TMO: 0,00	EMO: 0,00	TMO: 0,00	MI: 1,00
			Ai: 0,00
		PERIODO: 2026/01	

Documento electrónico

FECHA GENERACIÓN 25/02/2026 09:36:05 FECHA EXPEDICIÓN 25/02/2026 17:24:37

Factura No. 0409134-2 Fecha Oportuna $162.690

(415)7707 8999 4253 8020 (8020)0409134 2 3887 H00 2 7 3 (3900)0000 8000 (96)0 2026 0

Use este código para pagos en canales presenciales

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- 120 (Número de historia clínica) | MICROCHIP: 900255003232905 | FECHA: 31/03/2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Killer			COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 1A	PESO: 4 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO___ OTRO			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Mercedes Garzon perez	DIRECCION: CL 14B N° 119A 20	TELEFONO: 3113963726	
CEDULA: 52.318.503	CORREO ELECTRÓNICO: 3113963726@sincorreo.com		
BARRIO: El charco J	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
NA.	N.P.	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

ENFERMEDAD CONCOMITANTE: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 146 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 38.1°c	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosada S.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.6 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma Responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Ana Rosa Gaitán Perez	52318503

Yo,_____ identificada 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 52.318.503
GARZON PEREZ
APELLIDOS
MARIA MERCEDES
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-DIC-1973
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
24-NOV-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

enel

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **4463515-6**

No. Medidor: **101940**

¡Hola!

LATERIZIO SAS
CL 14 B NO 119 A 20 TOS IN ARM 6 A AP 102
ARMARIO
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO I

Pago oportuno
07 ABR 2026

Fecha de suspensión
09 ABR 2026

Tu próxima factura
17 ABR 2026

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

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO es real!

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 3 16 321 1031 | Carga kVA: 3.00 | Estrato: 3
Clase de servicio: Residencial | Subclase: Estrato

1 3 16 347 8374

49378

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Ilumina con tecnología LED. El ahorro de espacios amplios y acogedores mientras ahorras energía todos los días.

Pasa a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Contáctanos | Puntos de atención Enel

316 830 6083
Elena Bot o Asesor

Enel Colombia

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

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Tramites y solicitudes
enelcom.co/es/personas/radicaciones

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

Avenida Boyacá # 6 B - 30
Línea 115

Estafas a primera vista.

Recuerda que Enel nunca solicita información de tu factura de energía

Nunca pagos a números personales

Desconfía de descuentos

Ingresa a enel.com.co escribiendo la dirección en el navegador

No accedas a enlaces enviados

Registrate y paga

Reportar estafa

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

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

Código QR para pagar con PSE

Asistencia de cadena

Billeteras virtuales

Nequi MOVII dale

Red dispersa
RED CADE

Centro de servicio

Corresponsales bancarios

CONRED efecty MOVIRED

SCIUDAD



En la compra que siempre quisiste.

DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA

ES MUY FÁCIL

15 de marzo de 2026

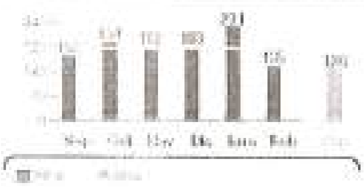
Tarjeta de Crédito

cuotas fijas de 6 meses.

Encuentra este QR para conocer el punto más cercano



$51.980



135 kWh

160 kWh

$804,12

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 +
$322,99 $56,68 $280,59 $75,02 $67,52
Restricciones + Costo Fijo = $804,12
$18,20 $0,00 Costo kWh Mes Vigencia: FEB/2026

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

Esto vale la energía que disfrutaste, te costó $2.137 diarios

$51.977

SUBTOTAL:

$51.980 $0

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato 12156887

Documento equivalente electrónico No. 3597165556

Periodo de facturación 19.02.2026 a 18.03.2026

Días liquidados

Datos usuario

Volumen		Estrato	2
Densidad		FPEC. Recolección	3
% Pérdidas		FPEC. Barrido	3

Tipo productor: Residencial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No Residenciales	0	0

Costos para tarifas

Histórico de facturación

Traslados por suscriptor

Estado de cuenta

Concepto	Valor

$25.220

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- 121 (Número de Historia clínica)	MICROCHIP: 900255003229156	FECHA: 31/03/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Simba				COLOR: Amarillo-blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 8 M	PESO: 5,2 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO___ OTRO___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Cristian David Bocanegra Barrera		DIRECCION: CL 148 N° 116-70	TELEFONO: 3043558479
CEDULA: 1.016.092.466		CORREO ELECTRÓNICO: 3043558479@sincorreo.com	
BARRIO: El charco I	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: Bachiller / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NP.	ULT. VACUNACION: NS/NR: X
		CANINA c/: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: 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

ENFERMEDADES CONCOMITANTES: 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:	34	r/m	TEMPERATURA:	38,2 °c	TLLC:	2 seg	MUCOSAS:	ROSADAS

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,1 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.)	0,5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO___, para la realización del procedimiento 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:
Cristian D. Bocanegra	1016092465

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.016.092.465
BOCANEGRA BARRERA

APELLIDOS
CRISTIAN DAVID

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 18-FEB-1997
DOLORES
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

19-FEB-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



A-1500150-00429805-M-1016092465-20040220 0139160003A 1 05112335F9

enel Bogotá

earth pact ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2443230-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 381705169-0

CLIENTE

OMAR MONTENEGRO ALARCON
CL 14 B NO 116 70 BQ 21 CA 11
URBESTANCIA CAMINO DE SALAZAR
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO I

16 303 0608 / 051573

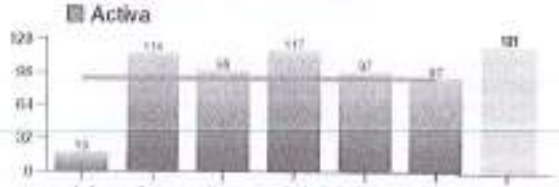
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO	$785,09
CONSUMO DIARIO:	3,78 kWh
VALOR DIARIO:	$1.833

PERIODO FACTURADO: 20 DIC/2025 A 20 ENE/2026 | **DIAS FACTURADOS:** 32 | **CONSUMO MES** 121 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 93 kWh

Evita mas barreras acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y la CONEXIÓN presenta una variación. Encuentra las posibles causas y tips de consumo en www.enel.com.co

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	0,70
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000316303508
RUTA LECTURA:	13163030516
MANZANA DE LECTURA:	MS00012532
MEDIDOR NO:	051573
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Tramites y solicitudes enelcomunicate/personas/tramites
Chat de servicio en enelcomunicate/personas/chat-de-atencion
330 000 0000 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia | @EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuita las 24 horas	601 5040000 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONFECED, efecti, Reval, MOVIRED, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Código QR

Almacenes de Cadena: Alkosto, Metro

Si paga en un corresponsal bancario, exija el desprendible de pantalla. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.	Línea No. 444-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ, S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 94-3840 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

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

G: $367,95 T: $54,14 D: $269,68 CV: $15,58 PR: $65,70 R: $16,78 CF: $0,00 / $/Kwh $0,00 Costo kWh Mes

ESTRATO 1 CIRCUITO: FOSCA(SUBITO) - NIVEL DE TENSION 1 (SECUNDARIO) Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3614 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,00 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 29 de enero 2008. Es Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1998.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 0041 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el valor de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual debe presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.*

Para factura de cobro prejurídico de suscriptor de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2014, la nueva modalidad el Código de Medida, las contribuciones obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

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

ENEL COLOMBIA S.A. ESP prestará el servicio de aseo de forma continua a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (cargo de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no se responsable por el servicio que puedan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos estamos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 01:04:07
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2026 12:51:11

CUDE: 7dedda6a1 f06fee82b01da2794983f83f8fc8a0da5927f60b0f80ae3ad3 f49c7eeca736a0665f8d3a7be df7313e2ed5f55bbb 1f0244f

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - factura del SIN © ENFEnvisions - NIT 800.221.161-1

378105

No. Cuenta 2443230-0 37935

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	+	3 Total Aseo	=	Total a pagar	PAGO OPORTUNO 03 FEB /2026
$188.390		$0		$21.140		$209.530	FECHA DE SUSPENSIÓN 05 FEB/2026

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 2443230-0 | PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 18 FEB /2026

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia (consumo)	×	Factor	−	Energía Comprendida	Energía Subsidiada	×	Valor unitario	−	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	20.714		20.593		121		1		121	121		$785,09		$94.996
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$283,68		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh				Valor kWh $780,0800		X		Beneficio -36,24 %					$34.329

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.833 DIARIOS

SUBTOTAL: $58.668

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena		$3
REVISION EQUIPO DE MEDIDA		$103.401
IVA		$20.499
VALOR SELLOS		$1.117
IVA		$212
	SUBTOTAL:	$129.732

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) **TOTAL ENERGÍA: $188.390**

Otros cobros de productos y servicios

enel x
Tu factura ya no está aquí, ahora la encuentras en la APP. Si necesitas tu factura en esta página web, ingresa a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo (2) **TOTAL OTROS: $0**

Tras el cuarto la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de **$103.863**

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Credito Fijo CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, podrá ser reportado a las centrales de riesgo crediticio registrado a los datos de contacto suministrados. Posterior a ello, cobro por gastos de cobranza y la misma espera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CUENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 - 130 kWh/mes) es de -36,24 %.

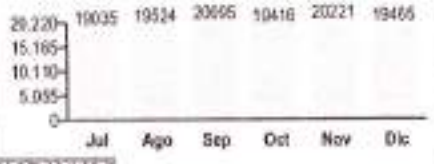
ASEO

Ciudad Limpia

PRESTADOR: CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P | ASE No.: 3 | NIT: 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	11575205	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	381705189-0	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.12.2025 a 18.01.2026	



CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$35.208
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-14.083
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-4
ASEO - INTERES POR MORA	$19

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Multiusuario Residencial

VOLUMEN: 0,1168 | ESTRATO: 2
DENSIDAD: 0,22 | FREC. RECOLECCION: 3
% PARTICIPACIÓN: 100% | FREC. BARRIDO: 3

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$20.338,29	$5.380,90	$157.722,57

TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO:	0,00256516
LIMPIEZA URBANA:	0,00039811
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0,00001113
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0,06123324
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0,03
AFORO NO APROVECHABLE	0,00

MESES EN MORA: 0

(3) **TOTAL ASEO: $21.140**

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

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 21.140,00

NUMERO DE CUENTE
2443230-0

Documento Equivalente Electrónico No.
381705189-0

(415)7707209914253(8020)012443250058170518(3900)000000209530

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

TOTAL A PAGAR
$209.530

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- 122 (Número de historia clínica)	900255003229147	31/03/26

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Kai			COLOR: Gris	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 1A	PESO: 4,6 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Angelica Hernandez Montiel		DIRECCION: cl 17c N° 137-70	TELEFONO: 3112619401
CEDULA: 75589143		CORREO ELECTRÓNICO: mariagelicahe@gmail.com	
BARRIO: Puente Grande	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnologo	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buen Salud

ULT. CELO: dd/mm/aa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X
NA.	NO/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/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 PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
142 l/m	32 r/m	38,2 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: ~

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,5 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 mL	5-7mg/kg IV
		/ mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,3 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 (Propano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	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 prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Maria Hernández	7558943

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:

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

NO. 7558943

HERNANDEZ MONTIEL

COL

MARIA ANGELICA

VEN

1000059071

21-12-1998

28-03-2023 BOGOTA D.C.

30-05-2031

81356751

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

MIGRACIÓN

IPCOL7558943<<7<<<<<<<<<<<<<<<
9912212F3105308VENE1356751<<<<6
HERNANDEZ<MONTIEL<<MARIA<ANGEL

enel Bogotá

MARISOL RODRIGUEZ GALINDO
CL 17 C NO 157 70 M2 K LT 13 P1 2
FHADA
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

Cuida a tu
evita riesgos el

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

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



Activa



PERIODO FACTURADO:
DIAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3.09
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	
RUTA LECTURA:	
SECUENCIA DE LECTURA:	
MEDIDOR NO.	
SUBCLASE:	









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 - 123 Número de Historia clínica	MICROCHIP: SI 900255003229143 NO	FECHA: 31 / 03 / 2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Cosmo				COLOR: Atigrado	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD SM	PESO: 1,7 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria paula Diaz Galicia		DIRECCION: CL 19A BIS 116-81	TELEFONO 3202381123
CEDULA: 1.014.291.569		CORREO ELECTRÓNICO: maria paula a.2@hotmail.com	
BARRIO: San Pablo gerico	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

Rescatado con gripa.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA-	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 14/03/26	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: 03/2026	LEUCEMIA: dd/mm/aaaa FIV/SIDA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA: 146 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	0,2 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
		ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,08 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	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, la 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:	Nro. de Identificación:
María Paula Díaz G.	1074291569

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 | 1.57 | F

01 SEPT 1997 | B+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

04 SEPT 2015 BOGOTA D.C.

08 MAYO 2034

046198613

ICCOL046198615015001<<<<<<<<<<
9709018F3405086COL1014291569<9
DIAZ<GALICIA<<MARIA<PAULA<<<<<

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Inscríbete para tener **tu factura** de manera digital

Escanea el código QR, diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.



Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Efecty Colombia

vanti
Pago único de varias facturas

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Bancolombia · Banco Falabella · Scotiabank Colpatria · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Davivienda · Colpatria

*Permite adicionalmente la inscripción a débito automático

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

Se le suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se expida un acto administrativo que ordene la suspensión definitiva y de archivo de consumo. Como consumidor puede presentar su desacuerdo ante la empresa y acudir ante la Superintendencia de los Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los 5 días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Cuide el consumo de la energía haciendo el cambio a bombillas ahorradoras de energía.

CANALVI SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.094.814-4

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

VECTOR CONSTRUCCIONES SAS
CL 19A BIS 116 81 T01 01006
000000

vanti
Más formas de avanzar

Medidor Gas N° 052021 000054739

Cuenta o referencia de pago **63732233**

vanti LISTO

Compra televisores, celulares, estufas, motos, computadores y mucho más, pagándolo a través de tu factura de gas.

Tu cupo de crédito aprobado
0



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

Oficina virtual
www.grupovanti.com/oficinavirtual

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

Lote 1956 Ruta 001840023500 Código del sector 328

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Febrero 2026

Cuenta o referencia de pago 63732233

NIT 800078135
VANTI S.A. ESP

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 Pago oportuno
23 Feb. 2026

2 Fecha de suspensión
24 Feb. 2026

3 Periodo facturado
Ene. - Feb. 2026

4 Emisión de tu factura
10 Feb. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	15M3	3.551,71	0,00	53.158,51
FIJO	TUR	4.186,10	0,00	4.186,00
AJUSTE DECENA	TUR	0,45	0,00	0,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRAVADO	TUR	3.640,07	0,00	3.640,00

1 – Total 44.999,06

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A+B
5.761: 2241 Calentador Comodato Financiado	2021	12.780,04	3.640,07	53.780,11

2 – Total 53.780,04

3 – Valor facturas vencidas 0,00

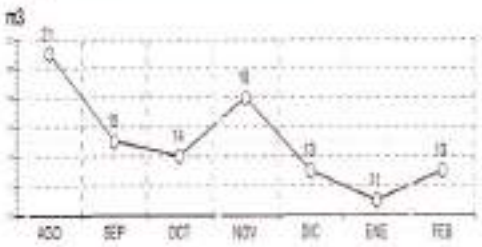
Total a pagar 1 + 2 + 3
58.780,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos

m3



Datos de medición

Uso Residencia Estrato/Cat. Tres Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
08 Ene. 2026	484	REAL
06 Feb. 2026	501	REAL

m³ corregido = 501 - 484 * FACTOR DE CORRECCIÓN = 1,0

Tu próxima lectura será

Entre 03 y el 08 de Marzo

Novedades de tu factura

Revisión Periódico Obligatoria

Fecha próxima revisión
31 Jul. 2027

Tarifas

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

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

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Factor de corrección 0,77125

Indicadores de calidad



(415)7709998026025(8020)63732233(3900)000000005878O

Somos grandes contribuyentes Resolución 0012000 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4089 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 16134091251187 del 27/03/2025. Facturación electrónica desde Nº 00000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses.

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 - 124
Número de historia clínica

MICROCHIP: 900255003232553

FECHA: 31 marzo 26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Polo

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 3 años PESO: 4,0 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN 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 PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sofia Lorena Garcia Rodriguez

DIRECCION: Cle 146 119a - 20

TELEFONO: 3102074816

CEDULA: 1000255228

CORREO ELECTRÓNICO: Sofiagarcia19445@gmail.com

BARRIO: El Charco I

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Universitario

TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa FIEBRE: Oct/25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

ALERGIA(S): SI/NO CUAL(ES): Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,1 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosada 3.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,8 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,8 ml	5-7mg/kg IV
		ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,2 ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,16 ml	1mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MEDICA 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 puedan presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tutor:	No. de Identificación:
	1000255228

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:

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.000.255.228



Apellidos
GARCIA RODRIGUEZ

Nombres
SOFIA LORENA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.54	F

Fecha de nacimiento
04 JUL 2001

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
04 JUL 2019, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
02 AGO 2033

Firma

.CO

028103473

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL028103473615001<<<<<<<<<<<
0107046F3308028COL1000255228<8
GARCIA<RODRIGUEZ<<SOFIA<LORENA

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 388707742-9

enel | Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **4324398-2**

No. Medidor: **47369**

¡Hola!

ALIANZA FIDUCIARIA SA
CL 14 B NO 110 A 20 TO 1 AP 203
TORRE 1 APARTAMENTO 203
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
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 15 321 0810 | Carga kW: 2.00 | Estrato: 2

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 15 347 8750

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

Aíslate siempre de cables sueltos enredados o de chispas.

Contáctanos | Puntos de atención Enel



318 810 9000 (Línea Bot a Asesor)
605 0120 115
Enel Colombia
@EnelClientesCO
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
Emergencias 116 Operación Clara Disponible las 24 horas
Registro de pagos 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 130

Estafas a primera vista.

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

- Mensajes donde 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 banca · Botón de pago online · Débito automático · Botón de pago

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetero virtual

Nequi · MOVII · dale!

Red distrital RED CADE

Centro de servicio enel

Corresponsales bancarios

CONFECOOP · efécti · Reval · efecty · MOVIRED

LA TARJETA DE LA CIUDAD



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.

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

Tendrás un cupo de hasta $120.000 en tu siguiente factura de ENEL.

Plazo máximo de compra 4 meses.

Escanea este QR para conocer el punto más cercano

enel

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 - 125 (Número de Historia Clínica) | MICROCHIP: 900255003232542 | FECHA: 31 marzo 26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kay				COLOR: Blanco Negro	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 6m	PESO: 4,2 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Bryan David Romero Garzon		DIRECCION: Calle 146 116 - 69	TELEFONO: 3177930618
CEDULA: 1001329654		CORREO ELECTRONICO: Brayanroga@gmail.com	
BARRIO: El Chanco I	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBÓN	
ESCOLARIDAD/ NS/NR: Profesional	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	NA	CANINOS: PARVO: dd/mm/ aaa TRIPLE: dd/ mm/aaaa QUINTAVALENTE: dd/mm/ aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/a aa RABIA: d 10/jul/25
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/ mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa 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 PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 38,1 °c	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosada S

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	04 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	08 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	04 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 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

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 controversión 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:
	1001329654

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 1.001.329.654



Apellidos
ROMERO GARZON

Nombres
BRYANT DAVID

Nacionalidad
COL

Estatura
1.83

Sexo
M

Fecha de nacimiento
29 JUL 2002

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
05 NOV 2020, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
12 MAYO 2033

.CO

020157953

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL020157953615001<<<<<<<<<<<
0207290M3305120COL1001329654<6
ROMERO<GARZON<<BRYANT<DAVID<<<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 53 RUTA: 53717

BIMESTRAL

11276128
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42806291417
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
LONDOÑO CAJIAO

Dirección del predio
CL 148 116 69 BQ 4 CA 15

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 CONTROLADUA Tipo VELOCIMETRO
Serie 23028180 Diámetro pulgadas ½

Llámanos 116 Acueducto

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 05:37:49	FEB/05/2026 08:25:12

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

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

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

cadena

26576 76585 37970

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 - 126 Número de Historia clínica	900255003232335	31 marzo 26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Michi				COLOR: Amarillo	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 9m	PESO: 3,7 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sunduny Manantha Velasco Rodriguez		DIRECCION: Kr 123 14b - 70	TELEFONO: 3104726958
CEDULA: 1002480361		CORREO ELECTRÓNICO: Sudunyvelasco@gmail.com	
BARRIO: Chorco	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Universitaria	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:
NA	marzo/26	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TETRA: dd/mm/aaaa BIVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: 05/11/25 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ANORMALES: 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: 32 r/m	TEMPERATURA 37,7 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosada S

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 ml	5-7mg/kg IV
		___ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,16 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

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:
• Sundum Velosco	• 1002480361

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 1.002.480.361
VELASCO RODRIGUEZ
APELLIDOS
SUNDURY MARANATHA
NOMBRES
Sundury Velasco
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-2001
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
13-MAY-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO

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/

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 · Sancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.048.226-6 7446 (V2023 VA11)

¡Hola!

LATERIZIO S.A.S. LATERIZIO S.A.S.
KR 123 14B 70 T03 00302 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007115-3084361

Lote: P16GN Ruta: 0011840065061005900 Código del Sector: 437

Cuenta o referencia de pago 62656651

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 6.200.000



Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP. Las marcas Cundinamarca E.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Metrogas S.A. ESP, son de propiedad de sus respectivos titulares y son usadas en virtud de un contrato de licenciamiento. El servicio de financiación es ofrecido por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de la política de financiación establecida en grupovanti.com/vanti-listo.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 794
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://migrupovanti.com/

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

437

P16GN 0011840065061005900

Si la suspensión del servicio por falta de pago cuando se notifique en predio que se trate o quien el mismo o a los inmuebles vecinos y de efectos de cobranza. Como consumidor puedes presentar tus reclamos, peticiones, quejas ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los 5 días siguientes a la fecha de suspensión. Sobre el consumo de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la Ley 142 de 1994 y puede hacer valer sus actos en la fecha señalada para el pago oportuno.

Factura de gas

Febrero 2026

Cuenta o referencia de pago: 62656651

BOGOTÁ

NIT 800.007.811-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Nos formas de avanzar

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	4M3	2.947,43	0,00	11.789,72
MENOS SUBSIDIO (33%)	1UN	-3.922,44	0,00	-3.922,44
AJUSTE DECENA	1UN	2,72	0,00	2,72

1 – Total $7.870,00

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: $7.870,0

Pago por

Escanee el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
21 Ene. 2026	1656	REAL
19 Feb. 2026	1661	REAL

m³ corregidos: 1661 - 1656 * Factor de corrección = 4

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

Novedades de tu factura

Cuota $ 2651.41
Estimado cliente recuerda que tiene entre Sep/2025 y el 28/02/2026 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/03/2026 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012).

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $82.560

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: **28 Feb. 2031**

La revisión de la red de gas interna, la responsabilidad y sobre realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente Resolución vigente CREG 067 de 2007 y 61308 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1309.31	Tm: 563.51	Dm: 523.62	Cm: 0.0
Pb: 64.51	Om: 0.0	Cuom: 0.0	Cuomr: 0.0
Com: 0.0	Fpgas: 40.436	DAUR: 0.0	DAUMR: 0.0

Mjor! Tu consumo en m³ de gas aquí es: 67
kWh y el precio unitario del kWh es: $1.67 kWh

Factor de corrección

Vm: 5	Pm: 0.78667	Tc: 1.00000	Ft: 0.77324
Vc: 4	Tm: 13.05	Tc: 15.50	Pc: 1.01006
Pm: 9.751	Pm: 0.0254	Fpwr: 1.0	

Factor de corrección: 0.77324

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IDA: 100.0 IPS: 100.0



(415)7709998026025(8020)62656651(3900)000000007870

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 - 127 (Número de Historia clínica) | MICROCHIP: 900255003232329 | FECHA: 31 marzo 26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Doby | COLOR: Gris

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

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Martinez Neis del Carmen | DIRECCION: Cl 22h 106 - 20 | TELEFONO: 3002464158

CEDULA: 1048 935 587 | CORREO ELECTRÓNICO: Raneis80@gmail.com

BARRIO: Versalles | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: ene/26 | ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa | ANTIRRABICA: 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: ene/26

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS CONFIRMADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 38,1 °c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 ml	5-7mg/kg IV
		___ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN G S.P.B.I	0,4 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,16 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MEDICA 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 entiende que existen situaciones extraordinarias cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de identificación:
Luis Pua M	1048935582

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.048.935.567
PUA MARTINEZ

APELLIDOS
REIS DEL CARMEN

NOMBRES
Reis Pua Martinez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 14-FEB-1989
MAHATES
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 AB+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
04-JUN-2007 MAHATES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

FACTURA EN LÍNEA

Escanea el código QR, visítanos en oficinas y envíanos nuestro dar como cuida el próximo mes.



Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Recaudo Bancolombia, Banco BBVA, Banco Agrario, Banco Popular, Banco Pichincha, Banco Caja Social, Nequi, Daviplata, Dale!

*Permite adicionalmente inscripción a 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 sola para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo - Móvil: 164 o 01 8000 919 052
01 8000 181 164

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

¡Hola!

JAIRO ALBERTO RODRIGUEZ
CL 22H 106 20 03 00001 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007113-892369

Lote: P13GN **Ruta:** 0011020155900006700 **Código del Sector:** 326

Cuenta o referencia de pago **62192151**

vanti Listo

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



vanti Listo

Continúa construyendo la casa que soñaste

Compra lo que necesitas para adecuar y ampliar 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

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 ajustar tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

Factura de gas

Marzo 2026

Cuenta o referencia de pago: 62192151

CUENTA EN MORA

vanti

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1	2	3	4
Pago oportuno: PAGO INMEDIATO	Fecha de suspensión: INMEDIATO	Periodo facturado: Feb. - Mar. 2026	Emisión de su factura: 19 Mar. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
RJO	1UN	4.230,00	0,00	4.230,00

1 — Total $4.230,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

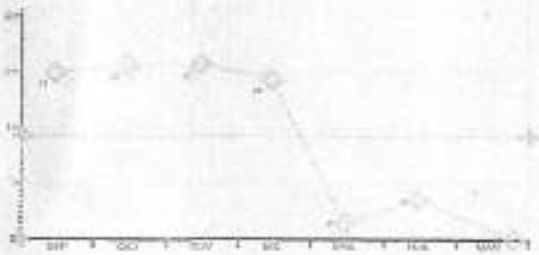
3 — Valor facturas vencidas: $16.940,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $21.170,0

Pago por

Escanee el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso: Residencial — Estrato/Cat.: Tres — Días de consumo: 28

Fecha	Lectura	Tipo
17 Feb. 2026	2994	REAL
17 Mar. 2026	2994	REAL

m³ consumo: 2994 - 2836 * Factor de corrección = 0

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 Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Jul. 2028

Tarifas

El cargo del artículo 224 para 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

CU= 1308.91	Pu= 54.14	Qu= 820.82	Tu= 2256.29
Pc= 64.87	Cuom= 0.0	Cuda= 229.6	Cuom= 2256.29
Cuom= 0.0	Subsidio= 37.47%	TAUM= 0.0	Subsidio= 0.0

Mayor consumo en el mes (m³): 0

Kvth y el precio unitario del kWh es: 59.0

Factor de corrección

Vm= 0	Pc= 0.7274	Pc= 1.0000	Pc= 0.7274
Vm= 0	Qm= 0.00	Tc= 15.00	Fc= 1.0000
Pc= 0.752	Fm= 0.0234	P acr= 1.0	

Factor de corrección: 0.7727

Indicadores de calidad

PCS= 1054	CCS= 0.00	PC= 1043	PN= 1043	





(415)7709998026025(8020)62192151(3900)00000000021170

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 - 128 (Número de Historia Clínica)

MICROCHIP: 900255003232482

FECHA: 31 marzo 26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bigotes

COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 6 m PESO: 4,4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Erasmo Ospina Conslain

DIRECCION: Kr 114 17-56

TELEFONO: 3212520192

CEDULA: 80527892

CORREO ELECTRÓNICO: Ospina28@gmail.com

BARRIO: San pablo

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

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

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/feb/26

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: 38.1 °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 ml	5-7mg/kg IV
		1 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.3 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), recibo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico a realizar, Conozco los riesgos relevantes como: Hemorragias, edema, inflamación, infección, dehiscencia, muerte, los cuales he manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ___ o RECHAZO ___ para la realización del procedimiento quirúrgico programado.

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

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: ANGELA MARCELA DIAZ MEDICA 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 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:
	80527592

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 PÉRSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.527.592
OSPINA CONSTAIN

APELLIDOS
LUIS ERASMO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-FEB-1974
BOGOTA D.C
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

09-MAR-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL



DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto

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

Mónica Alexandra García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 53 RUTA: 533701

BIMESTRAL

10357676	17825074317
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
JOAQUIN OSPINA

Dirección del predio
KR 119 17 56

Barrio: SAN PABLO Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Multiusuario
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 2
Unidades No Habitacionales: 1

Datos de tu medidor

Marca LAOS Tipo VELOCIDAD
Serie 300550 Diámetro pulgadas ½

Periodo facturado JUL/23/2025 - SEP/19/2025

Pago oportuno OCT/24/2025 Suspensión OCT/29/2025

Fecha aproximada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
DIC/18/2025	OCT/07/2025 05:57:55	OCT/07/2025 09:13:17

Gracias por tu compromiso. Tu aporte fue fundamental para levantar el esquema de racionamiento.
En www.acueducto.com.co cuidamos el agua para cuidar de ti.

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

Llámanos 116 Acueducto

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

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 25 m³



En este periodo consumiste más agua que en el anterior

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

En este período 25.000

Promedio al día 424

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	9301	Facturado con	Consumo promedio
Lectura anterior	9301	Base promedio	Historico Medio Usuario
Tu consumo este período	25	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	LAOS	Tipo	VELOCIMA
Serie	300690	Diámetro pulgadas	¾

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Cerrar la llave cuando te cepilles los dientes.
- Usar la lavadora con la carga completa.
- Recoger el agua de la ducha en un balde mientras esta se calienta.

Tu cobro en este período

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros
$118.391,13	+	$114.460,66	+	$2-
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** $232.850

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): c88a5e4b902a5b6fdb3e2f1e31da452ec84f557084e1e38d94a7

Detalle de tu consumo este bimestre

	Acueducto						Alcantarillado					
	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Pesos y Cents)	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Pesos y Cents)
Cargo fijo residencial (mes)	1,33	$8.508,44	-15	$1.920-	$9.158,67	$10.877,93	1,33	$4.562,33	-15	$912-	$3.877,98	$5.171,31
Consumo residencial básico (m³)	10,66	$3.621,85	-15	$9.180-	$33.131,09	$52.017,50	10,66	$3.027,24	-15	$9.619-	$23.326,18	$33.034,60
Consumo residencial superior básico (m³)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cargo fijo no residencial (mes)	0,66	$8.508,44	50	$3.199	$14.397,66	$8.597,66	,66	$4.562,33	50	$1.521	$6.843,50	$4.562,33
Consumo no residencial (m³)	8,33	$3.621,85	50	$15.209	$5.507,76	$45.897,75	8,33	$3.027,24	50	$10.354	$5.890,87	$49.091,60
Subtotal				$7.385		$110.391,13				$7.155		$114.460,66

* 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 en Tarifa y si hay un aporte, se agrega en Tarifa.

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico. Ley 99 de 1993

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)		
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)		
Total por consumo facturado	$701	$2.481

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Aguate a la docena	$2-
Subtotal	2-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interes	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, apps y billeteras

Para quienes requieren desplazarse o corresponsales bancarios autorizados

RedCADE

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1 DOCUMENTO CAE ESP

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- 129 (Número de Historia clínica)	MICROCHIP: 900255003232499	FECHA: 31 marzo 26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Safiro			COLOR: Negra	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 8m	PESO: 3,5 KG
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X				
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___		

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Laidis Libeis Ayala Gutierrez		DIRECCION: K1 123 13d 47	TELEFONO: 3212258524
CEDULA: 49668209		CORREO ELECTRÓNICO: Ayalalaas@gmail.com	
BARRIO: Charco	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBÓN	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: feb/26	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NA	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. 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: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 38,3 °c	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: ROSADA 3.	

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	04 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	08 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	0,76 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ———

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), acredito 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 he sido informado, he comprendido y aceptado.

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	49663209

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 49.668.209
AYALA GUTIERREZ
APELLIDOS
LAIDIS LIBEIS
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 09-NOV-1979
SABANA DE TORRES
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-NOV-1998 AGUACHICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

FACTURA EN-LÍNEA



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



Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Transfiya

Recuerda que puedes pagar las facturas de otras cuentas cuando realices o en esta sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Credibanco · Bancolombia · BBVA · Bancolombia · Banco Popular · Banco Pichincha · Nequi · Davivienda · Banco Agrario · dale

*Para adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Banco Popular

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 o 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 800.058.813-3

Dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

ELCY JANNETH BARRIGA
KF: 123 13D 47 269 00001 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de estar
Vanti S.A.
Medidor Gas No. 5007112-151691

Lote: P16GN Ruta: 0011 4903527900035000 Código del Sector: 437

Cuenta o referencia de pago **62360719**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 6.200.000**



vanti Listo

Compra todo lo que quieras en nuestras tiendas aliados,

98 MILLONES

y productos para tu hogar.

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 87 71
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 peticiones de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Febrero 2026

Cuenta o referencia de pago: 62360719

vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno: 10 Mar. 2026

2 Fecha de suspensión: 11 Mar. 2026

3 Período facturado: Ene. - Feb. 2026

4 Emisión de tu factura: 24 Feb. 2026

Conceptos facturables

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. O IN SUBSIDIO	10M3	2.947,40	0,00	29.474,00
MENOS SUBSIDIO (30%)	10M3	-948,10	0,00	-9.806,10
AJUSTE DECENA	10M3	1,00	0,00	1,00

1 Total $19.670,00

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: $19.670,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
21 Ene. 2026	1473	REAL
19 Feb. 2026	1486	REAL

m³ corregido: 1486 - 1473 * Factor de corrección = 10

Tu próxima lectura será: Entre 19 y el 21 de Marzo

Novedades de tu factura

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $82.980

(415)7709998026025(8020)62360719(3900)0000000019671

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 29 Feb. 2028

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

Nov. $2742 Dic. $2571 Ene. $2564

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

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



75018

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 - 130 (Número de Historia clínica) | MICROCHIP: 900255003232483 | FECHA: 31 marzo 26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Orion | COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año | PESO: 4,0 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ligia Esther Teheran Berrio | DIRECCION: Kra 123 14b-46 | TELEFONO: 3108075161

CEDULA: 64523563 | CORREO ELECTRÓNICO: liacheran53@gmail.com

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

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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 20/4/025

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: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,2 °c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,8 ml	5-7mg/kg IV
		___ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,3 ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,16 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), 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 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 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 Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Ligia Kheran	64523563

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
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 64.523.563
TEHERAN BERRIO

APELLIDOS

LIGIA ESTHER

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-AGO-1979
SAN ONOFRE
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-ENE-1998 SAN ONOFRE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00065107-F-0064523563-20161013 0051702000A 2 1139955507

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 388741265-1

enel Bogotá

6076677-9

No. Medidor: 268221

¡Hola!

LATERIZIO SAS
KR 123 NO 14 9 48 TO5 AP 601
APARTAMENTO 601
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO I

Pago oportuno
17 ABR 2026

Fecha de suspensión
20 ABR 2026

Tu próxima lectura
20 ABR 2026

Periodo Facturado
Del 19 FEB 2026
al 19 MAR 2026
30 DÍAS

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 1 3 15 321 1647 Carga kW: 3,63 Estrato: 2

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 15 303 4320

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

Gratuito las 24 horas

Zona privada de tu página Web

Apk Enel Clientes Colombia

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

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

Avenida Boyacá # 6 E - 30

| hasta 130

Estafas a primera vista.

Si encuentras estas señales sospechosas en el pago de tu factura de energía:

Mensajes con números no verificados

Promociones en el valor a pagar

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

No es Enel, es una estafa.

Regístrate y paga
en nuestra página web o Zona Virtual en

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

APP banco
Claro 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

Red aliada RED CADE

Centros de servicio enel

Corresponsales bancarios

CONVIRE efecty Reval efecty

Yankee



SUBTOTAL: $3

$75.820 $0

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato 122780188

Documento equivalente electrónico No. 305741289-1

Periodo de facturación 19 02 2026 a 18 03 2026

Días liquidados

Datos usuario

Tipo producto: Residencial

Costos para hoy

Historico de facturación

Estado de cuenta

Concepto Valor

$25.220

Mensajes de interés

Estado 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: 131 (Número de Historia clínica) | MICROCHIP: 900255003232488 | FECHA: 31 marzo 26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Yankee | COLOR: tabby

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1año | PESO: 4,6 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___ OTRO___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: ligia Esther Teheran Benio | DIRECCION: Kra 123 14b-46 | TELEFONO: 3108075161

CEDULA: 64523563 | CORREO ELECTRÓNICO: ligatheran53@gmail.com

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

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: 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: 5/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 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 ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.3 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 (Dueño 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 Esterilizacion/castracion), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION___X RECHAZO___, para la realizacion del procedimiento sin examenes prequirurgicos.

NOMBRE DEL MVZ ORDENO TARJETA PROFESIONAL	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MEDICA VETERINARIA T.P. 46036	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:
Lina Echeverry	64523563

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 CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

Nombre del responsable/Tutor	Nro. Identificación	FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 64.523.563
TEHERAN BERRIO
APELLIDOS
LIGIA ESTHER
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-AGO-1979
SAN ONOFRE
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-ENE-1998 SAN ONOFRE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 550741285-1

enel Bogotá

6076677-9

No. Medidor: 268221

38854

¡Hola!

LATERIZIO SAS
KR 123 NO 14 B 46 TO5 AP 601
APARTAMENTO 601
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO I

Pago oportuno
[illegible] 2026

Fecha de suspensión
[illegible] 2026

Próxima lectura
17 ABR 2026

Periodo Facturado:
Del 19 FEB 2026
al 19 MAR 2026
31 días

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 1 3 16 521 1447 Carga kW: 5,50 Estrato: 2

Clase de servicio: Residencial Subclase: Bifásica

1 3 16 909 4350

38854

Consejos para el uso eficiente de tu energía

[illegible] y acogerlos mientras ahorras energía todos los días

Inscríbete a factura virtual

Ingresa a [illegible] y recibe tu factura por correo electrónico

Conoce nuestros 1 Puntos de atención Enel

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

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

Avenida Boyacá # 6 B - 20

Línea 115

Estafas a primera vista.

[illegible]

Ingresa a tu página Web

App Enel Clientes Colombia

¿Cómo pagar tu factura?

Medios adicionales de pago

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

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

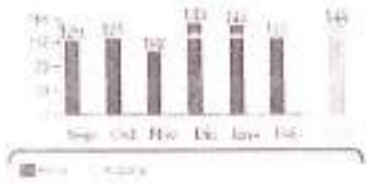
Red de Gas

RED CADE

Centro de servicio

Corresponsales bancarios

Yankee



$75.620

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato 12276088

Documento equivalente electrónico No. 3067412003-1

Periodo de facturación 18.03.2026 a 18.04.2026

Datos usuario

Consejos para ahorrar

Histórico de facturación

Toneladas por suscriptor

Estado de cuenta

Concepto	Valor
	$25.220

$25.220

Mensajes de Interés

Documento electrónico

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 - 132 (Número de Historia clínica)	900255003232484	31 marzo 26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Oreo				COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1año	PESO: 9.0 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 X CONCENTRADO ___ MIXTO ___ OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Alejandra Mora Monterroza		DIRECCION: Calle 146 119a 17	TELEFONO 3005785826
CEDULA: 1000323301		CORREO ELECTRÓNICO: Alejamora396@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	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___
NA	12/25	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/ene/26 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: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 36 r/m	TEMPERATURA 39.2 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosada S

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.8 ml	5-7mg/kg IV
		1 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.2 ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml	1mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MANCELA DIAZ MEDICA 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:
•	• 1000323301

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 **1.000.323.301**

MORA MONTERROZA

APELLIDOS

MARIA ALEJANDRA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-JUN-1998**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 **B-** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

09-SEP-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 388724633-6

enel | Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2563392-3**

No. Medidor: **992330**

38316

¡Hola!

SOCIEDAD CONSTRUCTORA BOGOTA S A
CL 14 B NO 119 A 17 BQ 19 AP 201
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
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 16 305 2275 **Carga kW:** 0,00 **Estrato:** 2

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 16 303 3582

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

23.652 - Página 1 de 2

Contáctanos | Puntos de atención Enel



- 316 846 6003 (Línea Bogotá Responde)
- 601 6115 115
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO
- www.enel.com.co/es/personas/clefs/ser-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

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 lleven 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 Universidad Chía, Girardot y Facatativá

Corresponsales bancarios

CONRED efácil Reval MOVIRED

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 - 133 (Número de Historia clínica)	900255003232485	31 marzo 26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Copilo				COLOR: Blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 5m	PESO: 2,9 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO___ MIXTO X OTRO			

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO__ COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO X PERRO DE CUADRA___ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ingrith Johanna Perez Rayon	DIRECCION: Cl 146 119a 71	TELEFONO 3105161201
CEDULA: 1015439420	CORREO ELECTRÓNICO: johannaperez0488@gmail.com	
BARRIO: Chanco I	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: NR
NA	21 ene	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: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 38,2 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosados.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml.	1mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	JENNIFER ZULEIMA LOPEZ MEDICA VETERINARIA T.P. 41100	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ANGELA MARCELA DIAZ MEDICA 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:
Ingrid Flores	1015434920

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.015.434.420
PEREZ FARFAN
APELLIDOS
INGRITH JOHANNA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-AGO-1992
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
08-OCT-2010 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

Th2

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 53 RUTA: 533716

BIMESTRAL

11548212
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

44142031317
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
JULIETH CAROLINA MORA MONTERRO

Dirección del predio
CL 148 119A 71 CA 241

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: [illegible] Tipo: VELOCIMETRICO
Serie: [illegible] Diámetro pulgadas: ½

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

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

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ABR/18/2026	FEB/05/2026 05:38:08	FEB/05/2026 08:17:43

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 10 m³



MAY - JUL	JUL - SEP	SEP - NOV	ULTIMO CONSUMO
$67.048	$53.469	$68.686	

En este periodo consumiste la misma cantidad de agua que en el anterior.

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

En este período	Promedio al día
11.000	186

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	1781	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1781	Base promedio	
Tu consumo este período	0	Descargos fuente alterna	0
		Consumo totalizador	

Datos de tu medidor

Marca	[illegible]	Tipo	VELOCIDAD
Serie	[illegible]	Diámetro pulgadas	%

Para reducir tu consumo, recuerda:

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

Tu cobro en este período

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros
$36.059,51	+	$31.402,61	+	$24.307-
A		B		C D E F

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

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período = **Total a pagar** $43.155

CUNE (Código Único de Documento Electrónico): [illegible]

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo (acueducto)	2,00	$9.765,92	-40	$7.837-	$5.837,37	$11.764,24
Consumo básico (0 - 15 m³)	11,00	$2.082,57	-40	$16.200-	$2.304,54	$24.305,27
Consumo subsidiable suscrito (m³)						
Cargo fijo no subsidiable (cant.)						
Consumo no subsidiado (m³)						
Subtotal				$34.040-		$36.059,51

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
[illegible]	2,00	$4.656,05	-40	$3.725-	$2.793,03	$5.587,10
[illegible]	11,00	$2.051,61	-40	$10.210-	$1.346,85	$25.815,51
Subtotal				$20.935-		$31.402,61

* Corresponde a consumos de hasta 11 m³ mensuales (22 m³ bimestrales). **(+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1,2 y 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, cuyo valor es [illegible]

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$58,81	$54,34
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$208	$708

El Monitor Vital es un termómetro donde la Ciudad de Bogotá tendrá un valor semáforo de hasta [illegible] Cada mes podrás [illegible] Entre más [illegible] menos [illegible] estratos 1, 2 y 3. Durante $0 en 2024.

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$2-
[illegible]	$24.305-
Subtotal	24.307-

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 los bancos

puntored

Para que no te [illegible] corresponsales bancarios autorizados

RedCADE: Consulta [illegible]

La EAAB E.S.P. [illegible]

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$43.155

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DE SERVICIO PÚBLICO No.
[illegible]

25865

[illegible]

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 - 134 (Número de Historia Clínica)
MICROCHIP: 900255003232256
FECHA: 31 marzo 26
ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tiny
COLOR: Gris Blanco
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 1 año 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: Pedro Jose Molina Dolor
DIRECCION: Kr 137 17d 39
TELEFONO: 3212539730
CEDULA: 11185872
CORREO ELECTRÓNICO: miguelc10069@gmail.com
BARRIO: Puente Grande ESTRATO: 2
LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional
TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 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. 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: 142 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,2 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: rosada s.
OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,7 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,4 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,3 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:

Yo en calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (castración/castracion), 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 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:
Pedro Molina D	1118581812

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: Firma Identificación: FIRMA:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 11.165.872
MOLINA DOTOR

APELLIDOS
PEDRO JOSE

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-NOV-1971
MOTAVITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

13-AGO-1990 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2762292-8**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 381700532-8

CLIENTE

PAOLA ANDREA AGUJA ROMERO
KR 137 A NO 17 D 39 PI 3
CASA
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

16 351 8829 / 11572462

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $785,09

CONSUMO DIARIO: 4,47 kWh

VALOR DIARIO: $2.203

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 143 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 128 kWh

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

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	0,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10003163518829
RUTA LECTURA:	13163110336
MANZANA DE LECTURA:	MS00641349
MEDIDOR NO:	11572462
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



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
Chat en línea en
318 880 8008 (Clara Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuita las 24 horas	601 5180066 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cobro Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Daviplata, dale!, NOVI, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CÓNRED, Efecty, Gana, Servibanca, Su Red, Su Red Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

Si paga en un corresponsal bancario, exija el desprendible del extracto. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2025
Gc $387,65 T: $56,14 D: $39,68 CV: $75,60 PR: $90,78 R: $16,78 CT: $0,00 / $785,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: 0021 01107071 — NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ESTRATO: RESIDENCIAL ECONÓMICA 2019 Contextualización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por ref. Somos autoretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2008. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 038 DE 1998

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, Línea de Bogotá al 01 8000 812 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Tarifas que no incluyen contribuciones según resolución Pub 0091 de 10 de noviembre de 2020.

"Como efecto de suspensión procede el retorno de reconexión y se facultó de oportunidad, el cual deberá pagar dentro de la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura se debe pagar hasta la fecha de vencimiento que aparece en el anverso. Artículo 130 de la Ley 142 de 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarnos en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea (601) 5 115 115, línea de Bogotá al 01 8000 812 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. prestó el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica de acuerdo con la autorización otorgada por el cliente para efectos de la misma como cargo de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor comuníquese a los canales de atención dispuestos para cada Empresa.

Operador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P., NIT. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S.E.S.P.	TV 4 No. 51 A-26
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Bogotá # 68 - 30
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 128 # 54-39 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 01:05:35
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2026 10:59:09

CUDE: 2ff6f519a3027f1bd45f1b45bd35ff515116e82a07960fbd025252a1e5bbcc9d0940d2ae87d0fdefe2d7ee5dbf0b3356e0ca0

Factura impresa por Consejos Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.095.620-6. Proveedor Tecnológico (Consult Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 860.321.161-0)

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	MICROCHIP:	FECHA:
HC - 135 (Número de Historia clínica)	900255003232550	31 marzo 26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Hackus			COLOR:	atigrado
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 6m	PESO: 3,0 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: Karen Stefania Beltran Rusinque		DIRECCION: Calle 146 119a 76	TELEFONO: 3016223922
CEDULA: 1000516564		CORREO ELECTRÓNICO: Beltrankaren981@gmail.com	
BARRIO: Charco	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico	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: ___
NA	25/marzo	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PETAVALENTE: 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: 28 ene 26

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ADICIONALES: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PRE QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
140 l/m	32 r/m	37,9 °c	2 seg	Rosado S

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	DIAZEPAM	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), recibe este documento como constancia de haber brindado la 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	ANGEL [illegible] 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:	Tipo de Identificación:
Kaiaintellirán	1 000 516 564

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.516.564

APELLIDOS
BELTRAN RUSINQUE

NOMBRES
KAREN STEFANIA

Karen Beltran
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 05-JUL-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

14-JUL-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



P-1000150-00259368-F-1000516564-20210802 0075950265A 4 8502411831

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

FACTURA EN LÍNEA



Escanea el código QR inscrito en el formulario y empieza a acabarlo 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.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escaneo para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda · Red Cade · 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 girado y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.096.812-8 XM492/082025 VANTI

Si te suspenden el servicio por falta de pago y tienes un reparo, en caso de que se haya alcanzado a instalar o a la instalación interna y de artefactos de consumo. Como consumidor puedes presentar un recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los 5 días hábiles siguientes al conocimiento de la decisión suspendida. Sobre el contenido de la presente factura el usuario cuenta con los mecanismos de defensa que en la ley 142 de 1994 y demás leyes que sirvan de fuente señalen para el caso aplicable.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

KELLY JULIETH GOMEZ
CL 14B 119A 76 T03 00303 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007215-3031823

Lote: P16GN **Ruta:** 001184008285100600O **Código del Sector:** 437

Cuenta o referencia de pago **62600450**

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: **$ 6.016.000**



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.

437 0011840082851006000 P16GN 8560 C1

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Marzo 2026

Cuenta o referencia de pago **62600450**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

NIT: 800.007.813-6
Vanti S.A. ESP.
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
13 Abr. 2026	14 Abr. 2026	Feb. - Mar. 2026	25 Mar. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	54M3	2.566,59	0,00	138.595,86
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	2.957,53	0,00	59.150,60
MENOS SUBSIDIO (33%)	1UN	-19.354,08	0,00	-19.354,08
AJUSTE DECENA	1UN	-1,82	0,00	-1,82
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	2.447,20	0,00	2.447,20

1 — Total **$180.837,76**

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal Cuo.
1.33 % Visita RPO Cliente Residencial	1/2	45.696,12	1.223,60	45.696,12
1.33 % Visita RPO Cliente Residencial	1/2	45.696,12	1.223,60	45.696,12

2 — Total **$91.392,24**

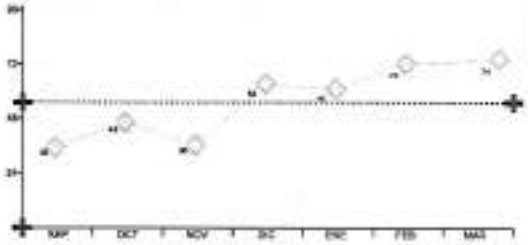
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$272.230,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat.Dos — Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
19 Feb. 2026	2869	REAL
20 Mar. 2026	2765	REAL

m³ corregido= 2765 - 2869 * Factor de corrección = 74

Tu próxima lectura será

Entre 18 y el 23 de Abril

Novedades de tu factura

Total financiación: $ 180000.00
Cuota $ 2566.59

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

28 Feb. 2031

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41350 de 2021

Agende 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

Gm: 1338.54 Tm: 884.0 Dm: 000.88 Cm: 0.0
Jr: 84.87 Dmm: 0.0 Cu/m: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAU/R: 0.0 DAU/M: 0.0

Mjhr! Tu consumo en m³ de gas equivale: 873 kWh y el precio unitario del kWh es $294.344

Factor de corrección

Vm: 96 Xz: 0.78786 Xr: 1.06522 Pz: 0.77167
Vc: 74 Tm: 14.96 Te: 15.56 Pe: 1.01696
Pz: 0.758 Pm: 0.8294 Pr pc: 1.0

Factor de corrección: 0.77167

Indicadores de calidad

INST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPI: 100.0





(415)7709998026025(8020)62600450(3900)00000000272230

8560

C1

Factura No. F155850009561